

# OMAVALVONTASUUNNITELMA PALVELUASUMISEN LAADUNHALLINNASSA

Kaisa Arhe

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2012

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) ARHE, Kaisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 04.06.2012
	Sivumäärä 60	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi OMAVALVONTASUUNNITELMA PALVELUASUMISEN LAADUNHALLINNASSA		
Koulutusohjelma  Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) HEIKKILÄ, Johanna RÄSÄNEN, Riitta		
Toimeksiantaja(t) Tampereen Naisyhdistys ry. Lahdensivun koti		
Tiivistelmä  Sosiaali- ja terveyspalveluiden hajauttaminen ja asiakkaiden vapaus valita palveluja ovat saaneet aikaan yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnan kiristymistä sekä lisänneet kriittistä keskustelua palvelujen laadusta. Vanhuspalvelulain valmistelun ja palveluntuottajien omavalvonnan tavoitteena on turvata ikääntyneiden oikeudenmukaiset ja tasapuoliset palvelut. Palveluntuottajan omavalvonta on osa valvontaviranomaisten ohjaamaa ennakkovalvontaa, jonka tavoitteena on varmistaa palvelun asianmukaisuus ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran sille asettamat sisältövaatimukset. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ikääntyneiden palvelujärjestelmää, palvelujen valvontaa sekä ympärivuorokautisen hoidon laatua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyö vastaa Valviran velvoitteeseen laatimalla omavalvontasuunnitelma tehostetun palveluasumisen järjestöpohjaiselle palveluntuottajalle. Omavalvontasuunnitelman tavoitteena on painottaa asiakkaan, hoitotyön ja johtamisen näkökulmaa sekä selkeyttää omavalvonnan merkitystä osana organisaation laadunhallintaa. Kohdeorganisaation asiakkaat ovat ikääntyneitä ja heidän palvelutarpeensa on ympärivuorokautinen. Käyttäjälähtöiseen laadintaprosessiin osallistuivat kohdeorganisaation johto ja henkilökunta. Lisäksi omavalvontasuunnitelmaan tutustui kaksi asiakasta, mikä mahdollisti omavalvontasuunnitelmalle asetettujen tavoitteiden arvioimisen. Opinnäytetyön johtopäätöksenä on, että omavalvontasuunnitelman käyttäjälähtöinen laadinta lisää palveluntuottajan asiakaslähtöisyyttä ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä mahdollistaa omavalvonnan omaksumisen kiinteänä osana laadunhallintaa.		
Avainsanat (asiasanat) Omavalvontasuunnitelma, omavalvonta, ympärivuorokautinen hoito, ympärivuorokautisen hoidon laatu		
Muut tiedot		



Author(s) ARHE, Kaisa	Type of publication Master's Thesis	Date 04.06.2012
	Pages 60	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title A SELF-MONITORING PLAN FOR SHELTERED HOUSING AND ITS SIGNIFICANCE FOR QUALITY MANAGEMENT		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) HEIKKILÄ, Johanna RÄSÄNEN, Riitta		
Assigned by Tampereen Naisyhdistys ry. Lahdensivun koti		
<p>Abstract</p> <p>The decentralization of social and health services and the clients' possibility to choose services have caused a stricter enforcement of the supervision of private service providers as well as increased critical discussion on the quality of the services. The main object of the draft act on care services for the elderly and of the self-monitoring of service providers is to ensure equitable and fair services to the aged clients. The self-monitoring of a service provider is a part of preventive supervision which aims to assure the required standards and qualifies the requirements of the National Supervisory Authority for Welfare and Health, Valvira.</p> <p>This thesis discusses the health and social services for the aged people, the supervision of the services and the quality management in long-term care and, in addition, the factors affecting it. The thesis is a response to Valvira's requirements in that it formulates a self-monitoring plan for a non-profit service organization providing 24-hour assistance. The aim of the self-monitoring plan is to emphasize the views of the clients as well as the nursing and management sector and clarify the significance of self-monitoring as a part of the quality management of the organization.</p> <p>The clients in the target organization are elderly persons with continuous service needs. The management group and the personnel of the target organization participated in the user-oriented compilation process of the self-monitoring plan. In addition, two clients reviewed the plan, which enabled the evaluation of the goals appointed to it. As a conclusion, the thesis states that the compilation of a self-monitoring plan increases client-oriented service, improves the collaboration between professional groups and enables the adoption of self-monitoring as an integral part of quality management.</p>		
Keywords Self-monitoring plan, self-monitoring, long-term care, the quality of long-term care		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	3
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	4
3 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ .....	5
3.1 Väestö ikääntyy .....	5
3.2 Palvelujärjestelmän kehittymisen taustat.....	7
3.3 Ikääntyneiden palvelujen rakenne .....	8
3.4 Ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoito .....	10
3.5 Palvelujärjestelmän valvonta ja valvonnan menettelytavat.....	15
4 LAADUN ULOTTUVUUDET YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA ....	19
4.1 Laatu ja laadunhallinta palvelujen tuottamisessa.....	19
4.2 Ympäri vuorokautisen hoidon laatu .....	21
4.2.1 Asiakkaan näkökulma ympärivuorokautisen hoidon laadusta.....	22
4.2.2 Ammatillinen näkökulma ympärivuorokautisen hoidon laadusta .....	25
4.2.3 Johtamisen näkökulma ympärivuorokautisen hoidon laadusta .....	28
4.3 Palvelujen oma valvontasuunnitelma .....	31
5 PALVELUASUMISEN OMAVALVONTASUUNNITELMA.....	33
5.1 Suunnitelma oma valvontasuunnitelman laatimisesta.....	33
5.2 Kuvaus toteutuksesta .....	35
6 POHDINTA .....	41
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	48
LÄHTEET.....	49
LIITTEET.....	59

## KUVIOT

KUVIO 1. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä .....	9
KUVIO 2. Demingin ympyrä .....	20
KUVIO 3. Omaavontasuunnitelman laadinta .....	34

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Suomen väestön määrä sekä prosentuaalinen ikärakenne ja ennuste vuoteen 2040 asti .....	6
TAULUKKO 2. Ikääntyneen ympärivuorokautisen hoidon ensisijaiset vaihtoehdot ....	12
TAULUKKO 3. Ympärivuorokautisen hoidon valvontajärjestelmä .....	17
TAULUKKO 4. Laadun arvioinnin malli laadun ulottuvuuksien ja arvioijan mukaan ....	22
TAULUKKO 5. Omaavontasuunnitelma suhteessa sen tavoitteisiin .....	39

## LIITTEET

LIITE 1. Palveluasumisen omaavontasuunnitelma (Luottamuksellinen) .....	59
---	----

# 1 JOHDANTO

Lainsäädäntö ohjaa ikääntyneiden palvelujärjestelmän rakennetta ja velvoittaa kuntia järjestämään kansalaisille riittävät palvelut. Palvelutarpeen kasvu ja sen aiheuttama paine palvelujärjestelmän riittävyydelle ja kestävyydelle on myötävaikuttanut vanhuspalvelulain valmisteluun. Vanhuspalvelulain tavoitteeksi on kirjattu ikääntyneiden palvelujen tasapuolisuus ja oikeudenmukaisuus. Lakiluonnoksessa korostetaan asiakkaan toimintakyvyn arviointia määrittämään tarjottavia palveluita sekä asiantuntijuuden vahvistamista ikääntyneiden parissa moniammatillisesti työskenteleviltä henkilöiltä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden hajauttaminen ja asiakkaiden vapaus valita palveluja on saanut aikaan palvelujen valvontamenettelyjen kiristymistä. Vastuu asianmukaisen hoidon ja palvelun valvonnasta on valvontaviranomaisilla, mutta valvontamenettelyjen painopiste on siirtymässä kohti ennakkovalvontaa. (Tolonen & Rissanen 2011, 6–8; Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 23–24.)

Väestön ikääntymiseen on liitetty ajatus ikääntyneiden yhä terveemmistä ja toimintakykyisimmistä elinvuosista, mutta suurin osa ikääntyneistä tarvitsee kahtena viimeisenä elinvuotenaan ympärivuorokautista hoitoa. Ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen vaikuttaa eniten kognition alenema, jonka taustalla on usein muistisairaus. (Aaltonen, Forma, Rissanen, Raitanen & Jylhä 2010, 97–98.) Ympärivuorokautisen hoidon asiakaslähtöisyyden ja laadun arviointi on hankalaa asiakkaiden heikentyneestä kognitiosta johtuen. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan, että hoidon ja palvelun tulisi vastata yksilöllisesti asiakkaan avuntarvetta. Laadunarviointia varten laatuun vaikuttavat tekijät täytyy avata ennen kaikkea asiakkaan näkökulmasta, mutta myös johtamisen ja ammattityön näkökulmasta, koska näillä on suora yhteys asiakkaan kokemukseen laadusta. (Vaarama 2002, 14-27.) Ympärivuorokautisen hoidon yksiköt elävät monitahoisesti haasteellisessa tilanteessa; palvelurakenne elää muutoksessa, ammattitaitoisen henkilöstön rekrytointi ja sitouttaminen on hankalaa ja asiakkaiden odotukset ja tietoisuus ovat yhä korkeammalla. Miten vallitsevassa tilan-

teessa hoitoyksiköissä varmistutaan siitä, että asiakkaan oikeusturva todella toteutuu ja asiakaslähtöisyys ja laadukas hoitotyö eivät ole pelkkää korulausetta?

Omavalvonnalla tarkoitetaan palvelun tuottajan omaa ennakkovalvontaa. Sosiaali-terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira velvoittaa kaikkia yksityisiä palveluntuottajia laatimaan omavalvontasuunnitelman, jossa palveluntuottaja kuvaa toiminnan asianmukaisuuden. (Valvira 2011, 1.) Tässä opinnäytetyössä vastataan Valviran ajankohtaiseen velvoitteeseen laatimalla tehostetun palveluasumisen järjestöpohjaisen palveluntuottajan omavalvontasuunnitelma. Laadinta aloitettiin perehtymällä ikäntyneiden palvelujärjestelmään, valvontamenettelyihin sekä ympärivuorokautisen hoidon laatuun ja laadunhallintaan.

Omavalvonnan keinoin palvelutoimintaa voidaan omaehtoisesti kehittää ja se on olennainen osa organisaation laadunhallintaa (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 23–24). Opinnäytetyössä laadittavan omavalvontasuunnitelman tavoitteena on painottaa Valviran velvoittamien sisältöjen lisäksi asiakkaan, ammattityön ja johtamisen näkökulmia sekä omavalvonnan merkitystä organisaation laadunhallinnassa.

## **2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämishanke, jonka tarkoituksena on laatia tehostetun palveluasumisen järjestöpohjaisen palveluntuottajan omavalvontasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira velvoittaa yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajia laatimaan omavalvontasuunnitelman, jonka tulee olla valmiina 1.9.2012 (Valvira 2011, 1–4). Opinnäytetyön tarkoitus on vastata tähän ajankohtaiseen Valviran asettamaan velvoitteeseen.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada aikaan Valviran velvoittamien sisältöjen mukainen omavalvontasuunnitelma, jonka sisällössä painottuvat asiakaslähtöisyys, hoito-

työ ja johtaminen. Lisäksi tavoitteena on kirkastaa omavalvonnan merkitystä osana organisaation laadunhallintaa. Asiakaslähtöisyyden näkymisen varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma käydään läpi kahden organisaation asiakkaan kanssa. Organisaation johto ja henkilöstö osallistuvat kehittämishankkeen läpivientiin kommentoimalla omavalvontasuunnitelman sisältöä laadintavaiheessa, jolloin kehittämishanke osallistaa käyttäjälähtöisesti koko organisaatiota.

### **3 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ**

#### **3.1 Väestö ikääntyy**

Väestörakenteen muutos koskettaa koko Eurooppaa ja suomalaiset ikääntyvät yhdessä nopeasti vanhenevien kansojen mukana. Ikärakenteen muutoksen taustalla ovat suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle, syntyvyyden väheneminen sekä jo ikääntyneiden vanhuusiän pidentyminen (ks. taulukko 1). Termi yhteiskunnan ”kaksosvanheneminen” kuvaa väestön vanhenemista kokonaisuudessaan ja ikääntyneiden vanhenemista omassa ikäryhmässään vielä iäkkäämmiksi. Arvion mukaan vuonna 2040 Suomen väestöstä yli 75-vuotiaita on koko väestöstä 15,4 % ja heistä yli 85-vuotiaita on 5 %. Suomalaisten elinajan odotteen on arvioitu nousevan. Vuonna 2040 naisten elinajan odote on 86,3 vuotta ja vastaavasti miesten 82,1 vuotta. Elinajan piteneminen ei suoranaisesti merkitse sitä, että sairauksien määrä ja avun sekä tuen tarve päivittäisissä toimissa lisääntyy. Se on kuitenkin todennäköistä varsinkin ajatellen kahta viimeistä elinvuotta, jolloin ulkopuolisen avun tarve selkeästi lisääntyy. Pitkäaikaishoidossa tulee varautua yhä iäkkäämpiin ja huonokuntoisempiin asiakkaisiin. (Jylhä, Forma, Aaltonen, Raitanen & Rissanen 2008, 116–118; Paasivaara 2006, 19–21; Sarvimäki & Heimonen 2010, 14–17; Tilvis 2010, 66–68.)



TAULUKKO 1. Suomen väestön määrä sekä prosentuaalinen ikärakenne ja ennuste vuoteen 2040 asti (Tilastokeskus 2009)

Vuosi	2010	2020	2030	2040
Väkiluku	5 378 165	5 635 938	5 850 097	5 985 356
0- 14v. % koko väestöstä	16,5 %	16,6 %	16,1 %	15,5 %
15- 64v. % koko väestöstä	66,0 %	60,5 %	57,8 %	57,7 %
Yli 65v. % koko väestöstä	17,6 %	22,9 %	26,1 %	26,9 %

Väestön ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi myös väestörakenteen huoltosuhteeseen. Hoitoa tarvitsevien henkilöiden määrä nousee ja samalla hoidon järjestämistä ja kansantaloutta ylläpitävien määrä vähenee. Työikäisen väestön eläkkeelle siirtyminen aiheuttaa työvoimapulaa varsinkin sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa työn paipiste on henkilöstöressurssissa. Muutokset huoltosuhteessa merkitsevät haasteita ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen etenkin riittävän ammattitaitoisen henkilöstön näkökulmasta. Väestön ikäjakauman demograafinen muutos näin ollen vaikuttaa myös kansantalouteen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannukset ja eläkemenot kasvavat kun taas verotettavat tulot, joilla palvelut on turvattu vähenevät. (Paasivaara 2006, 19–21; Tilvis 2010, 66–68.)

Väestön ikääntymisen taloudelliset ja yhteiskunnalliset seuraukset väistämättä aiheuttavat painetta palvelujärjestelmän pystyvyyteen vastata perustuslain (L 11.6.1999/731) velvoitteeseen turvata kansalaisille riittävät palvelut. Tulevaisuudessa on ratkaistava kysymys, miten palvelujärjestelmä ikääntyvässä yhteiskunnassa saadaan toimimaan niin, että ikääntyneiden asema pystytään turvaamaan asiakasläh- töisesti ja arvokkaasti sekä huomioimaan asiakkaiden runsas avun ja tuen tarve. (Ekroos, 2004, 9–10; Jylhä, Forma, Aaltonen, Raitanen & Rissanen 2008, 116–118; Tilvis 2010, 66–68.)

### 3.2 Palvelujärjestelmän kehittymisen taustat

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion tunnuspiirteitä ovat yhteiskunnallinen tasa-arvoisuus, solidaarisuus sekä julkisen vallan vastuun kantaminen kansalaisten hyvinvoinnista. Näkökulma yhteiskunnallisesta vastuun ottamisesta on kuitenkin muuttunut viime vuosikymmenten aikana. Vielä 1980-luvulla keskityttiin sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnitelmalliseen kehittämiseen, kun taas 1990-luvulla valtionosuuksia leikattiin ja riittävät palvelut pyrittiin turvaamaan. Taloudelliset intressit ajoivat palvelujärjestelmän rakentumista markkinaehtoiseksi ja kustannusten nousua pyrittiin hillitsemään purkamalla julkista terveydenhuoltoa. New Public Management- paradigman mukaan julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat tehottomia monopoliase-  
mansa vuoksi ja toiminnan tehokkuutta sekä tuottavuutta pystytään lisäämään julkisten palvelujen yksityistämällä ja kilpailutuksilla. Tämä on tarkoittanut käytännössä palvelujen hajauttamista. Kuntatalous on muuttunut liiketoiminnaksi ja kansalaisen asema on kehittynyt yksilöllisiä valintoja tekeväksi kuluttajaksi palvelujärjestelmän markkinoilla. Samalla tarve palvelujen valvonnalle ja mittaamiselle on kasvanut, koska muuten kuntien olisi vaikea arvioida palvelujen tuottajien tarkoituksenmukaisuutta ja laatua. (Hakonen 2008b, 93–95; Syrjä 2010, 21–22.)

Palvelujen hajauttamista on kritisoitu laajalti. Vaikka pyrkimyksenä on ollut lisätä palvelujen käyttäjien valinnanvapautta, on samalla eriarvoisuus palvelujen saannissa lisääntynyt kansalaisten erilaisesta varallisuudesta johtuen. Pirstaleisessa palvelukentässä asiakkaan hoidon kokonaisuutta on vaikea hallita. Myös tiedonkulun haasteet ja osittain päällekkäisen työn tekeminen ovat arkipäivää palvelun tuottajan vaihtuessa. (Hakonen 2008a, 96–100.) Toisaalta muutosta palvelurakenteesta on pidetty ideaalina; markkinoiden vapaus on tapahtunut rauhallisesti ja kilpailukyky on osattu yhdistää hyvinvointivaltion julkiseen hallintoon. Selvää onkin, että markkinoistumisen kokonaisvaikutusta palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa ei vielä tiedetä. (Möttönen 2009, 60.)

Ikääntyvässä yhteiskunnassa markkinat yksityisille palveluntuottajille luultavasti jatkavat kasvuaan ja palvelukonseptit monipuolistuvat (Kauppinen & Niskanen 2005, 36). Tiedon jakaminen ja asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen on merkittävää sirpaleisessa palvelujärjestelmässä varsinkin asiakkuuksien rajapinnoissa eri palveluntuottajien välillä. Palvelujärjestelmän toimivuutta ja sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävyyttä tulevaisuudessa arvioitaessa tulee huomioida joustavuus, saumattomuus ja vuorovaikutteinen yhteistyö julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä, jolloin voidaan saada uusia toimintamalleja ja ratkaisuja lisääntyvään palveluntarpeen hallintaan. (Ekroos 2004, 14–15; Paasivaara 2006, 32.)

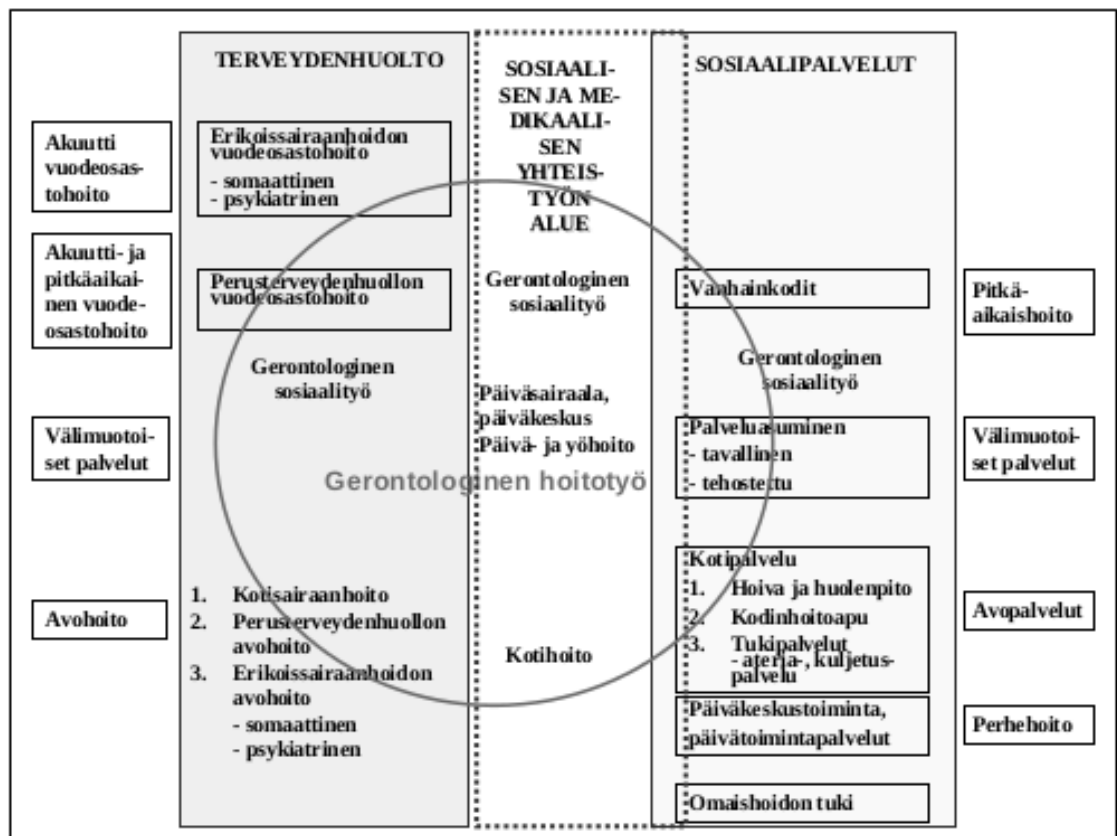
### 3.3 Ikääntyneiden palvelujen rakenne

Ikääntyvien palvelujärjestelmä toteutuu pääsääntöisesti sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluina. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tehtävänä on turvata kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lainsäädäntö ei määrittele tarkkarajaisesti ikääntyneiden palvelujärjestelmän rakennetta ja toteutustapaa, vaan palvelujen järjestämistä ohjaavat valtakunnalliset sosiaali- ja terveystaloudelliset asiakirjat, kuten Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Valtioneuvoston jäsenenä sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentumisesta ja kehityksestä lainsäädännön valmistelijana. STM määrittää sosiaali- ja terveystalouden suuntauksien ja niiden pohjalta johtaa ja ohjaa uudistusten toteuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; SVT 2007a, 14–15.)

Ikääntyvien palvelujärjestelmän keskeiset kehityssuuntauksien ja tavoitteet kiteytyvät Voutilaisen (2010b, 109) mukaan kolmeen osa-alueeseen

- 1) *”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen sekä sosiaaliin ongelmiin.*
- 2) *Kotona asumisen tukeminen turvaamalla riittävät ja oikea-aikaiset palvelut ja muu tuki.*
- 3) *Ympäri vuorokautisen hoivan ja hoidon uudistaminen.”*

Ikääntyneiden pitkäaikaishoito jakautuu laitoshoitoon sekä avopalveluihin, joita tuotetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolella ja yhteisesti (ks. kuvio 1). (SVT 2007a, 14–16.) Ikääntyneiden hoitoa ja palvelua toteutetaan lisäksi kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilla. Yli 75-vuotiaista ikääntyneistä 75 % käyttää terveyskeskuspalveluja sekä erikoissairaanhoidon avohoidon palveluja, eikä ole laitoshoidon tai ikääntyneille suunnattujen avopalvelujen piirissä. (Kuntaliitto 2008, 50–51.)



KUVIO 1. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä (Räsänen 2011, 22)

## Kunnan toiminta ikääntyneiden palvelujen järjestäjänä

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus velvoittaa kuntia sitoutumaan ikääntymispolitiikkaan ja ikääntyneiden palveluiden suunnitelmalliseen organisointiin. Kunnissa tulee olla kunnanvaltuuston hyväksymä ikääntymispolitiikkastrategia, jonka linjaukset toteutuvat kaikissa kunnan toiminnoissa. Kuntalain mukaisesti palvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla (L 17.3.1995/365). (Kuntaliitto 2008, 49–51.)

Kunnat saavat päättää itse palvelujen rakentumisen; kunta voi järjestää palvelut omana julkisen sektorin palvelunaan tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Vaihtoehtoina on myös tuottaa palvelut ostopalveluna yksityiseltä taloudelliseen kasvuun pyrkivältä palveluntuottajalta tai kolmannen sektorin palveluntuottajalta, joka ei tavoittele voittoa. Palvelurakenteessa 25 % sosiaalipalveluista ja 20 % terveyspalveluista on yrityksen tai järjestön ylläpitämiä. Kunta voi tehdä ostopalvelusopimuksen myös muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa. (Kauppinen & Niskanen 2005, 24–31; Kuntaliitto 2008, 49–51; Syrjä 2010, 43; SVT 2007b, 44–45.) Vuodesta 2003 alkaen kunnilla on ollut myös mahdollisuus järjestää palvelut palvelusetelillä, minkä tavoitteena on lisätä kuntalaisten valinnanvapautta. Palveluseteliä käyttäessään asiakas valitsee itse haluamansa yksityisen palveluntuottajan, jonka kunta on hyväksynyt ja hinnoittanut palvelusetelimallin palveluntuottajaksi. (L 24.7.2009/569; SVT 2007b, 44–45.)

### 3.4 Ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoito

Ympärivuorokautinen hoito on olennainen osa ikääntyneiden palvelujärjestelmää, koska suurin osa heistä tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa, jolloin kotiin annettavat palvelut tai palveluasuminen ovat riittämättömiä (Aaltonen ym. 2010, 97–98). Ympärivuorokautista hoitoa annetaan lähinnä terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa ja tehostetussa palveluasumisessa (ks. taulukko 2). Ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen vaikuttavat eniten kognition ja toimintakyvyn heikkeneminen. Suurimpana asiakasryhmänä ovat muistisairaat, noin 90 %:lla asiak-

kaista on eriasteinen kognition alenema, mutta vain n. 66 %:lla asiakkaista on diagnosoitu muistisairaus. Muita syitä pitkäaikaishoitoon ovat muut sairaudet ja oireytymät, kuten aivohalvaus ja lonkkamurtumat sekä psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat jotka vaikuttavat avuntarpeeseen päivittäisissä toimissa. (Finne-Soveri 2010, 78; Voutilainen 2004, 2–3; Räsänen 2011, 21.)

Ympäri vuorokautisen hoidon sisältöä ohjaa ensisijaisesti lainsäädäntö ja sen tukena Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköissä tulee huomioida esteettömyys ja turvallisuus kaikissa asiakastiloissa, myös parvekkeilla ja piha-alueilla. Laatusuosituksen tavoitteena on, että asiakkaalla olisi oma huone, joka lisäisi kodinomaisuutta ja viihtyvyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 29–42.)

TAULUKKO 2. Ikääntyneen ympärivuorokautisen hoidon ensisijaiset vaihtoehdot (Andersson 2007, 9–10, 15; Finne-Soveri 2010, 85; Paasivaara, Nikkilä & Voutilainen 2002,51; SVT 2007, 24; SVT 2010, 3; Voutilainen 2010a, 5–6)

	<b>Laitoshoito</b>	<b>Laitoshoito</b>	<b>Avohoito</b>
Hoitopaikka	<b>Terveyskeskusten vuodeosastot</b>	<b>Vanhainkoti</b>	<b>Tehostettu palveluasuminen</b>
Sisältö	Kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito Ikääntyneen tarpeista lähtevä hyvä hoito Moniammatillinen kuntoutus Lääketieteellinen hoito	Kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito Ikääntyneen tarpeista lähtevä hyvä hoito Moniammatillinen kuntoutus	Kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito Ikääntyneen tarpeista lähtevä hyvä hoito
Kohderyhmä	Ikääntyneet, joiden fyysinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky selvästi heikentynyt ja lisäksi sairauksia, jotka toistuvasti vaativat sairaalatasoista hoitoa	Ikääntyneet, joiden fyysinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky selvästi heikentynyt	Ikääntyneet, joiden fyysinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky selvästi heikentynyt
Henkilöstön osaaminen	Sairaalasoinen osaaminen	Ei sairaalasoinen sairaanhoidollinen osaaminen	Ei sairaalasoinen sairaanhoidollinen osaaminen
Hoitoympäristö	Sairaalaympäristö Laitosmaisuus	Usein monen hengen huoneita Laitosmaisuus	Oma huone Kodinomaisuus
Kustannukset	Kunnan itse tuottama palvelu  Asiakas maksaa nettotulojensa mukaan 82 %. Kunta vastaa jäljelle jäävästä osuudesta. Laitoshoito kattaa lääkekustannukset. 1.1.2010 alkaen oikeus eläkettä saavan asumis- ja hoitotukeen.	Kunnan itse tuottama palvelu  Asiakas maksaa nettotulojensa mukaan 82 %. Kunta vastaa jäljelle jäävästä osuudesta. Laitoshoito kattaa lääkekustannukset. 1.1.2010 alkaen oikeus eläkettä saavan asumis- ja hoitotukeen.	Kunnan ostama palvelu yksityiseltä palveluntuottajalta.  Asiakas maksaa kustannukset; vuokra, ruoka, lääkkeet ja palvelut on hinnoiteltu erikseen. Oikeus Kelan etuuksiin; eläkettä saavan asumis- ja hoitotuki, lääkkeiden korvattavuus ja maksukatto.
Henkilöstömitoitus = hoitotyöntekijät suhteessa asiakkaiden määrään /vuorokausi (2008)	0.66	0.62	0.59
Sairaanhoitajien % osuus hoitotyöntekijöistä (2008)	35 %	24 %	15 %
Asiakkaat % 75-vuotta täyttäneistä (2010)	1,5 %	3,2 %	5,6 %

Ympäri vuorokautisessa hoidossa henkilöstön määrä ja koulutustaso perustuvat asiakkaiden kuntoisuuteen ja avun tarpeeseen. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista kuvaa ikääntyneiden palveluiden hoitohenkilöstön pätevyytavoitteeksi sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen (L 29.4.2005/272). Hoitohenkilöstön mitoitus eli määrää suhteessa asukkaisiin vuorokautta kohti ei toistaiseksi määritellä lainsäädännössä. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa ympärivuorokautisen hoidon vähimmäismitoitustavoite on 0.5-0.6 hoitajaa asiakasta kohden vuorokaudessa. Suosituksessa kuitenkin peräänkuulutaan, että mitoitus vaikuttaa aina asiakkaiden hoidon tarve ja ympäristön soveltuvuus hoidon toteutukseen. Mikäli asiakkailla on runsaasti toiminnanvajeita tai vaikeita käytöshäiriöitä, tulee vähimmäismitoituksen olla 0.6. Henkilöstön riittävät valmiudet ikääntyneiden asiakkaiden hoitamiseen tulee turvata lainsäädännön mukaisesti osaamistarpeiden mukaisella täydennyskoulutuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 32–38; Voutilainen 2010a, 7.)

### **Tehostettu palveluasuminen**

Palveluasuminen jakautuu tavalliseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tavallisessa palveluasumisessa hoitohenkilökunta on paikalla vain päivällä kun taas tehostetussa palveluasumisessa hoitohenkilöstöä on paikalla koko ajan. Karkeasti määriteltynä tehostettu palveluasuminen sisältää asumisen ja siihen kuuluvat palvelut sekä ympärivuorokautisen hoidon. (Andersson 2007, 9–10.) Tehostetun palveluasumisen palvelutuotannosta 60 % on yksityistä. Osa kunnista on ulkoistanut tehostetun palveluasumisen kokonaan, tällöin kunta ostaa palvelut yritykseltä tai järjestöltä ja tekee palvelusopimuksen sekä palveluntuottajan että asiakkaan kanssa. (Syrjä 2010, 57.) Täysin yksityisessä palveluasumisessa asiakas ei tee palvelusopimusta kunnan kanssa vaan palvelun tuottajan kanssa, mutta on oikeutettu kansaneläkelaitoksen etuuksiin, kuten kunnan ostopalveluasiakkaatkin (SVT 2007a, 19).

Tehostetun palveluasumisen määrä ympärivuorokautisessa hoidossa on kasvanut viime vuosina, millä on vastattu Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteen



seen vähentää laitoshoidoa palvelurakenteessa (ks. taulukko 2). Kasvuun on vaikuttanut kuntien vanhainkotien muuttaminen tehostetuksi palveluasumiseksi sekä kuntien ostopalveluiden määrän lisääntyminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 29–31; Syrjä 2010, 41–42.) Tehostettu palveluasuminen on kunnalle järjestämisuudoltaan kustannustehokkaampaa kuin laitoshoido (ks. taulukko 2), vaikka asukkaiden toimintakyky ja hoidon tarve ovat usein samantasoista eli asiakkaat ovat monisairaita ja paljon apua tarvitsevia. Tehostetussa palveluasumisessa hoitohenkilöstöä on vähemmän ja henkilöstörakenteessa painottuvat lähi- ja perushoitajat sekä kodinhoitajat. Sairaanhoidajien määrä on suhteessa vähäisempi kuin laitoshoidossa (ks. taulukko 1). Tehostetun palveluasumisen palvelukonseptissa korostuvat kodinomaisuus ja asukkaan mahdollisuus itsenäisyyteen toiminnanvajeista huolimatta. (Andersson 2007, 9–10, 15; Finne-Soveri 2011, 52–54; Finne-Soveri & Nurme 2007, 27.)

### 3.5 Palvelujärjestelmän valvonta ja valvonnan menettelytavat

Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakennemuutos ja asiakkaiden vapaus valita palveluja ovat saaneet aikaan valvontajärjestelmien kehittämisen Suomessa ja muualla Euroopassa. Tanskassa valvonnalla on pitkät perinteet ja yksityisiä palveluntuottajia valvotaan systemaattisesti seurantakäynnein. Vuodesta 2007 alkaen palvelun tuottajat ovat myös alkaneet tehdä omia seurantaraportteja omasta toiminnastaan. Ruotsissa valvontakäytännöt ovat samankaltaiset kuin Suomessa. Vuonna 2010 voimaan tullut valvontalaki ja uuden sosiaalipalveluiden valvontaorganisaation perustaminen tavoittelevat avointa ja tehokasta valvontaa mm. valvontaraporttien julkistamisella internetissä. (Tolonen & Rissanen 2011, 6–8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus ja valvonta (ks. taulukko 3). Suositusten merkitys valvontamenetelmien rakentumisessa on tärkeää, koska lainsäädäntö ohjaa vain vähimmäisvaatimusten toteutumista. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 7–14.) Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivat aluehallintovirastot (AVI) ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira toteuttavat ohjausta ja valvontaa uudistusten läpivientiä varten kuntasektorille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 27–28.)

Aluehallintovirastojen tehtävänä on suunnitella, ohjata ja valvoa peruspalvelujen, perusoikeuksien ja perusturvan toteutumista. AVI arvioi oman alueensa palveluita valvomalla, että julkiset ja yksityiset palvelut ovat lainmukaisia. (Valtiovarainministeriö 2011, 13–14.) Vuodesta 2010 Valviran tehtäviin on kuulunut valvoa sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumista ohjauksen, neuvonnan ja valvonnan keinoin valtakunnallisella tasolla. Valviran tavoitteena on ohjata aluehallintovirastojen toimintaa niin, että valvontamenetelmät olisivat yhdenmukaisia ja palvelut tasavertaisia riippumatta palvelun tarjoajasta tai sen sijainnista. Tämän toteutumiseksi Valvira ja aluehallintovirastot ovat laatineet valtakunnallisia valvontaohjelmia. Valvonnan toteutumiseksi yhteistyö valvontaviranomaisten ja palveluntuottajien välillä on tärkeä.

ää, jolloin vältetään kuormittavilta valvontamenettelyiltä. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 9–14; Tolonen & Rissanen 2011, 7–8.)

Kuntien tehtävänä on tarvittavien palvelujen järjestäminen. Niillä on myös ensisijainen valvontavastuu palveluiden asianmukaisuudesta. Kunnanvaltuuston sosiaalihuollon toimielin ja tarkastuslautakunta valvovat sekä arvioivat palveluiden asianmukaisista toteutumista. Kunnat tekevät yhteistyötä aluehallintovirastojen kanssa valvonnan suunnitteluun ja toteutukseen liittyen. (Kuntaliitto 2008, 49– 51.) Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (L 9.8.1996/603) ja laki yksityisestä terveydenhuollosta (L 9.2.1990/152) velvoittavat kuntia varmistamaan ostopalveluna hankkimiensa palvelujen taso, jonka tulisi olla samalla viivalla kunnan omien palvelujen kanssa, myös henkilöstömitoituksen ja osaamisen suhteen. Valvontaviranomaiset eivät tee eroa yritysten ja järjestöpohjaisten palveluntuottajien välille. (Kauppinen & Niskanen 2005, 34; Syrjä 2010, 43.)

Aluehallintovirastot myöntävät toimiluvat oman alueensa yksityisille palveluntuottajille. Olennaista on tiedostaa, että luvanvarainen palvelun tuottaja on luvan saadessaan täyttänyt riittävät vähimmäiskriteerit, tämän jälkeen kunta valvoo, että asukkaiden hoito ja palvelut ovat ostopalvelusopimuksen mukaisia. Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (L 22.7.2011/922) velvoittaa palvelujentuottajaa toimimaan ohjaavien asiakirjojen mukaisesti. Asianmukaisen toiminnan pysyvyys ja turvaaminen suositusten edellyttämällä tasolla tapahtuu ensisijaisesti omavalvonnalla. Omavalvonnan toteuttamista varten Valvira velvoittaa palvelun tuottajaa laatimaan omavalvontasuunnitelman, jossa kuvataan koko palvelukokonaisuus. Omavalvonta on palvelun tuottajan ensisijainen laadunhallinnan ja kehittämisen työväline. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 23–24; Valvira 2011, 1–4.)

TAULUKKO 3. Ympäri vuorokautisen hoidon valvontajärjestelmä (Vanhusten ympäri-  
vuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma vuodelle  
2010. 2010, 7–8)

ASIA/TEHTÄVÄ	TOIMENPITEET, MENETELMÄT JA VASTUUT
<b>STM</b>	
Valtakunnallinen ohjaus	- Yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta - Lainsäädäntö -Laatusuositukses, julkaisut - Yleiskirjeet - Kehittämistyö
<b>Valvira</b>	
Valtakunnalliset luvat	- Luvat valtakunnallisille palveluntuottajille
Muu ennakoiva eli preventiivinen valvonta	- Palveluntuottajien toimintakertomusten seuranta - Omavalvontasuunnitelmien toimeenpano
Ohjaus	- Valvontasuunnitelma ja toteuttamisohjelma - Valviran ja Avien yhteistyöryhmät - Koulutustoiminta - Informaatio-ohjaus, neuvonta, konsultaatit - Valviran ja Avien yhteinen tietoverkko (extranet)
Jälkikäteisvalvonta eli repressiivinen valvonta	- Yhteydenottojen perusteella tapahtuva valvonta - Tarkastusmenettely, kantelumenettely - Hallinnolliset ohjauskeinot
Tietoperusteinen valvontatyö	- Yksityisten palvelujen antajien rekisterin ylläpito - Kyselyt palveluntuottajille, kunnille, kuntayhtymille, yhteistoiminta-alueille - Tilastojen koonti ja raportointi
Tiedotus	- Tiedotteet, raportit, julkaisut
<b>Aluehallintovirasto (AVI)</b>	
Lupahallinto omalla alueella	- Luvat palveluntuottajille
Muu ennakoiva eli preventiivinen valvonta	- Yksityisten palveluntuottajien tarkastus- ja toimintakertomusten seuranta - Kuntien toimittamien tarkastuskertomusten seuranta - Suunnitelmaperusteinen ja oma-aloitteinen valvonta
Ohjaus	- Koulutustoiminta -Neuvottelut - Informaatio-ohjaus -Kuntakirjeet
Jälkikäteisvalvonta eli repressiivinen valvonta	- Yhteydenottojen perusteella tapahtuva valvonta - Tarkastusmenettely
Tietotuotanto	- Yksityisten palvelujen antajien rekisterin ylläpito - Oman toiminnan seuranta - Selvitykset
Tiedotus	- Tiedotteet, raportit, julkaisut
<b>Kunta</b>	
Omien palvelujen tuottaminen	- Omavalvonta - Muistutusmenettely
Yksityisten palvelujen valvonta	- Lausunto toiminnan käynnistämisestä ja muuttamisesta - Valvontakäynnit ja tarkastuskertomukset - Tarjouskilpailu, sopimusneuvottelut, palvelujen osto - Muistutusmenettely
<b>Palvelun tuottaja</b>	
Toiminnan käynnistäminen, muuttaminen	- Lupahakemus
Palvelujen tuottaminen	- Omavalvonta, toimintakertomus - Omavalvontasuunnitelma 1.9.2012 mennessä

Mikäli asiakas on saanut puutteellista palvelua, on hänellä asiakaslakiin (L 22.9.2000 /812) vedoten oikeus tehdä asiasta muistutus, joka on lähtökohtainen keino selvittää palvelun epäasiallisuutta. Kunnan sosiaaliasiamies ohjaa asiakasta prosessissa.

Omainen voi tehdä muistutuksen esim. muistisaira-an asiakkaan liikkumisen tarpeet-tomasta rajoittamisesta. Palvelujen tuottajan tulee käsitellä muistutukset systemaattisesti ja korjata sekä raportoida tilanne palvelupoikkeamana. Muistutusmenettely ohjaa asianmukaiseen omavalvontaan ja toiminnan kehittämiseen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 100–105; Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 14–23.)

Tarkastusmenettelyssä valvontaviranomainen tai kunta tekee palvelun tuottajalle tarkastuksen, jos siihen ilmenee syy. Tarkastuksia voidaan tehdä myös suunnitelmallisesti yhteistyössä palvelun tuottajan kanssa. Hallintokantelun voi tehdä kuka tahansa valvontaviranomaiselle mikäli palvelu on ollut lainvastaista tai selkeästi sopimaton. Kantelumenettelyllä ei kuitenkaan haeta muutosta, vaan se voi johtaa hallinnollisiin ohjauskeinoihin; kuten määräyksiin, jotka velvoittavat palveluntuottajaa korjaamaan epäasianmukaisen tilanteen tiettyyn määräaikaan mennessä tai kieltomääräyksiin, jolloin palvelun tuottajaa veloitetaan pidättäytymään tai lopettamaan kyseinen toiminta. Kunnan vastuulla on turvata asiakkaiden palvelut asianmukaisesti näissä tilanteissa. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 100–105; Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 14–23.)

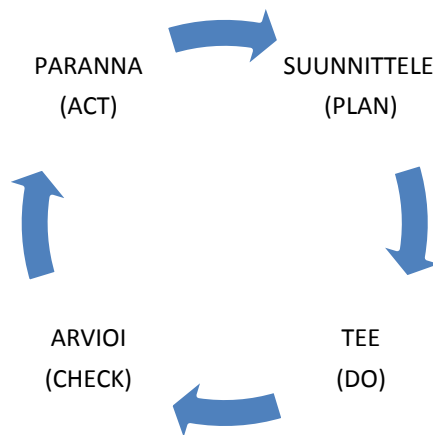
Moniportaisuus korostuu valvontamenettelytavoissa (ks. taulukko 3). Jälkikäteisvalvontaa toteutetaan valvontaviranomaisten toimesta ja se toteutuu yleensä kunnissa hyvin. Haasteena onkin kehittää preventiivistä eli ennakoivaa valvontaa. (Komulainen 2010, 273.) Palveluntuottajan asianmukainen ja hyvä omavalvonta vähentää pitkällä aikavälillä kantelujen määrää. Omavalvontaan liittyvään ohjaukseen ja koulutukseen tulisikin panostaa. (Aaltonen 2006, 84.)

## 4 LAADUN ULOTTUVUUDET YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOI- DOSSA

### 4.1 Laatu ja laadunhallinta palvelujen tuottamisessa

Laadun määrittely riippuu tarkastelun näkökulmasta ja laadun tulkinta on hyvin monitahoista. Laatu on abstrakti käsite, sillä ei ole absoluuttista sisältöä ja sen määrittely on tilannekohtaista. John Øvretveitin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laatua kuvaa se, että eniten avuntarpeessa oleva saa tarvitsemansa avun kustannustehokkaimmin sekä ohjeistuksien mukaisesti (Øvretveit 1998, 229–231). Laatu on siis toisin sanoen resurssien kohdentumista oikealla tavalla. Laatu ei niinkään ole tavoite vaan toimintapa, joka koskee koko palvelukokonaisuutta. Toiminta ajatellaan prosessina, joka koostuu osista, jotka ovat sekä riippuvaisia toisistaan että vaikuttavat toisiinsa. (Kuokkanen, Leino & Roine 2006, 25–26; Lecklin 2006, 18–19, 48–50; Grönroos 2003, 100–102.)

Grönroos (2003) toteaa, että kokonaislaatu syntyy arvioitaessa sekä toimintaa että tuotosta. Asiakkaaseen vaikuttavat siis palvelun lopputulos sekä se miten se on saavutettu. Laatua kuvaa myös suoritustason jatkuva parantaminen, joka toteutuu toiminnan jatkuvalla arvioinnilla. Tätä toimintaa kuvaa laatufilosofi Edward Demingin muodostama ympyrä laadun prosessimaisesta kehittämistyöstä (ks. kuvio 2). Nk. Demingin ympyrää voidaan käyttää organisaation kaikessa kehittämisessä niin päivittäisessä toiminnassa kuin pitkällä aikavälilläkin. Kehittämistoiminta alkaa aina suunnittelusta, jatkuu toteuttamisena ja sen arvioinnilla sekä parantamisena, jonka jälkeen aloitetaan kehittämisprosessi taas alusta (Antila 2012, 49–53; Lecklin 2006, 48–50). (Kuokkanen, Leino & Roine 2006, 25–26; Lecklin 2006, 18–19, 48–50; Grönroos 2003, 100–102.)



KUVIO 2. Demingin ympyrä

Laatu voidaan ajatella kehittämistyönä, jonka lähtökohtana on organisaation toiminnan sujuvuus, joustavuus ja kannattavuus, jolloin mahdollistuu organisaation arvostuksen kasvu sekä hyvän laadun erottuminen muista palveluntuottajista. (Antila 2012, 49– 53.) Organisaation kehittäminen joka koostuu johtamisesta, strategisesta suunnittelusta ja toimintaprosessien hallinnasta muodostavat kokonaisvaltaisen laadunhallinnan (Total Quality Management). Asiakslähtöisyys ja asiakkaiden tarpeiden ja odotusten täyttäminen ovat kaiken toiminnan perusta. Laadun kehittäminen lähtee perustehtävästä eli asiakkaasta ja asiakas on toiminnan laadun lopullinen arvioitsija. (Lecklin 2006, 16–17.)

Tehokkuus ja laatu liitetään herkästi yhteen. Laineen (2005) väitöstyön mukaan yhteys ei ole kuitenkaan ilmeinen ja lievät laadun muutokset eivät vaikuta suorasti tehokkuuteen tai kustannuksiin. Tehokkuuden näkökulma herättää eettistä pohdintaa kun kyse on ikääntyneiden hoidosta. Tehokkuus kuitenkin kuvaa voimavarojen sijoittumista oikein, millä on positiivinen vaikutus koko hoitoyksikön toimintaan. Huonosta laadusta kertovat tehoton toiminta ja virheet, jotka hukkaavat resurssia ja yleensä nostavat myös kustannuksia. (Laine 2005, 79–85.)

Laadun mittaaminen on selkeintä tehdä asiakastytyväisyyskyselyllä asukkaille ja heidän omaisilleen. Tätä ennen on kuitenkin todennettava, että kysely antaa vastauksen

hoidon laadusta, koska asiakkaan laadunarviointi perustuu aina kokemukseen eikä välttämättä kuvaa sitä onko hoito todellisesti laatusuosituksiin perustuvaa. Asiakaskyselyn luotettavuuden haasteena on, että vastaajat eivät uskalla antaa realistista palautetta hoidosta, koska he pelkäävät, että ”valittamisella” on vaikutusta heidän kohteluunsa jatkossa. (Laine 2005, 31–36; Muurinen, Vaarama, Haapaniemi, Munkila, Hertto & Luoma 2006, 4–6; Øvretveit 1998, 239–241.)

Asiakkaan kokemukseen hyvästä tai huonosta laadusta vaikuttavat hänen odotuksensa palvelusta. Niin ikään asiakkaan odotusten muodostumiseen vaikuttavat asiakkaan taustat, aikaisemmin koettu palvelu ja ensivaikutelman perusteella syntyneet ennakkokäsitykset palvelun sisällöstä. Asiakkaan odotusten hallinnalla tarkoitetaan sitä, että palveluntuottaja arvioi kriittisesti, mitä palvelulla pystytään asiakkaalle tarjoamaan ja huomioimaan tämä toiminnassaan ja viestinnässään. Mikäli asiakkaalle on muodostunut epärealistisia odotuksia palvelun sisällöstä, on usein kokemus palvelun laadusta huono. Asiakkaan odotusten hallinnan tavoitteena on, että asiakkaan odotettu ja koettu laatu kohtaisivat. (Grönroos 2003, 104–107.)

## 4.2 Ympäri vuorokautisen hoidon laatu

Hoidon tai palvelun laatua tarkasteltaessa laatu jakautuu voimavara- prosessi- ja tulospäätöön (ks. taulukko 4.). Voimavaralaatua kuvaavat hoitoyksikön rakenteet ja resurssit mm. ammattitaitoinen henkilöstö, viihtyisä hoitoympäristö, asianmukaiset laitteet ja apuvälineet. Prosessilaatua ovat hoitotyön ja palvelujen kohdistuminen oikein ja oikea-aikaisesti, jolloin tehottoman ja turhan työn välttäminen on oleellista. Tulospäätö määrittyy hoidon vaikuttavuuden näkökulmasta. Vaikuttavuuden havainnollistaminen on haasteellista monisairaiden ja paljon apua tarvitsevien asiakkaiden hoidossa. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sen arvokas huonontuminen ovat tulospäätöä. Yhtäältä hoidon laatua kuvaa oletus siitä, että asiakas voi paremmin kyseisessä hoitoympäristössä kuin ilman hoitoa tai muussa hoitoyksikössä. (Laine 2005, 31–36; Muurinen ym. 2006, 4–6; Øvretveit 1998, 239–241.)



TAULUKKO 4. Laadun arvioinnin malli laadun ulottuvuuksien ja arvioijan mukaan (Laine 2005, 33; Øvretveit 1998, 240; Vaarama 2002, 15)

Laadun arvioinnin näkökulmat	Voimavarat	Prosessi	Vaikutukset
Asiakas	Asiakkaan oma toimintakyky ja voimavarat, asenteet, asuinympäristön viihtyisyys ja turvallisuus	Vuorovaikutus asiakkaan kanssa, asiakkaan kohtaaminen, voimavarojen ja itsenäisyyden tukeminen	Tyytyväisyys hoitoon ja palveluun, toimintakyvyn ylläpitäminen/arvokas huonontuminen, hyvä kivunhoito, turvallisuus, hyvä elämän- ja kuolemanlaatu
Hoitotyö	Henkilöstön rakenne (koulutus ja osaamista) ja määrä, toimiva työympäristö, toimitilojen ja laitteiden asianmukaisuus ja turvallisuus	Saatavuus, joustavuus, jatkuvuus, pysyvyys, saumattomuus	Tietoon ja näyttöön perustuva asiakkaiden tarpeita vastaava oikea-aikainen hoito ja palvelu
Johtaminen	Asianmukaiset johtamisrakenteet ja työnjaot, lakien ja asetusten noudattaminen, johtamiskoulutuksen saanut pätevä johto	Voimavarojen käyttö, työn organisointi, toiminnan, talouden ja osaamisen johtaminen Ei resurssien tuhlausta	Voimavarojen tarkoituksenmukainen ja tehokas käyttö Oikeudenmukaisuuden toteutuminen Työhyvinvointi

Ympäri vuorokautisen hoidon kokonaislaadua arvioitaessa tulee huomioida asiakkaan, hoitotyön ja johtamisen näkökulma, sillä ne kaikki vaikuttavat toisiinsa ja ne yhdessä mahdollistavat asiakastytyytyväisyyden. Taulukossa 4 on kuvattu ympäri vuorokautisen hoidon laadun ulottuvuudet ja näkökulmat. (Vaarama 2002, 14–17.)

#### 4.2.1 Asiakkaan näkökulma ympäri vuorokautisen hoidon laadusta

Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden kokemusta laadusta on haasteellista tutkia asiakkaiden heikentyneen kognition vuoksi. Yleisesti ottaen laatu on asiakkaan näkökulmasta arvio siitä miten hyvin palvelu on vastannut hänen tarpeitaan ja odotuksiaan. (Øvretveit 1998, 236.) Laadukas ympäri vuorokautinen hoito rakentuu Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen perusteella asiakaslähtöisyyteen, joka tarkoittaa, että hoitoa toteutetaan yksilöllisen hoidontarpeen arvioinnin keinoin tukien asiak-

kaan omia voimavaroja ja toimintakyvyn ylläpitämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 29–31). Jotta asiakkaan kokemus siirtymävaiheessa omasta kodista laitokseen olisi myönteinen, tulee hänet kohdata arvokkaasti oman elämänsä asiantuntijana ja tukea hoitoympäristön kodinomaisuutta (Klemola 2006, 105–109). Omaisten osallisuutta asiakkaan elämässä tulee informaation lisäksi tukea ja rohkaista. Omaisten rooli asiakkaan elämäntarinan tulkkina sekä konkreettisenä yhteistyötahona on asiakkaan hyvinvoinnin edistämisen kannalta merkittävä ja lisää asiakkaan kokemusta hyvästä hoidosta. (Nuutinen & Raatikainen 2005, 141–143.) Asiakkaiden ja omaisten mukana olo asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa on tärkeää. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on asiakkaan hoidon toteutuksen ja arvioinnin perusta. (Voutilainen 2004, 71–72; Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38–39.)

Kokonaisvaltainen arvio hoidon tarvestaavuudesta asiakkaan näkökulmasta toteutuu palvelu- ja hoitosuunnitelman lisäksi hoitoneuvotteluissa ja kuntoutuspalaverissa, jotka toteutuvat moniammatillisuuden näkökulmasta asiakkaan ja omaisten osallisuus turvaten. Asiakkaan terveydentilan ja lääkityksen kokonaisarviointi turvataan Käypä hoito hyvä ympärivuorokautinen hoito- suosituksen mukaan säännöllisillä geriatrian erikoislääkärin käynneillä. Hoitoneuvottelussa lääkärin tekemät hoitopäätökset yhteisymmärryksessä asiakkaan ja omaisten kanssa (mikäli mahdollista) ohjaavat asiakkaan elämän loppuvaiheen hoitoa. (Voutilainen 2010a, 1–4; Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002, 115–121.)

Vanhainkotiasiakkaiden haastattelututkimuksessa hyvästä hoidosta asiakkaat kokivat tärkeänä hoitajien ammattitaidon ja hoitoympäristön viihtyisyyden. Asiakkaiden tunteminen ja hoitaminen tutuilla toimintatavoilla ja kiinnostuneisuus asiakkaan asioista lisäsivät kokemusta yksilöllisyydestä. Tieto siitä, että saa apua tarvitessaan ja luottamus henkilökuntaan tukivat turvallisuuden tunnetta. (Mustajoki, Routasalo, Salanterä & Autio 2001, 52–58, 78.) Myös kansainvälisessä tutkimuksessa on osoitettu, että odotuksia ja tarpeita vastaavan avun saaminen on arvokasta ikääntyneen elämänlaadulle. Oikea-aikaisella ja tarpeita vastaavalla hoivalla ja huolenpidolla on merkitystä

ikäntyneen itsemääräämisoikeuden toteutumiseen, itsetunnon kohentumiseen sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Ikäntyneen yksilölliset elämäkokemukset vaikuttavat keskeisesti siihen, minkälainen hoitamisen tapa tukee hänen elämänlaatuaan. (Pieper & Vaarama 2008, 71–72, 95–97.)

Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden hoidon laadun havainnointitutkimuksissa on selvinnyt, että hoitajan vuorovaikutuksella ja arvostavalla asenteella muistisairasta kohtaan on ensisijainen vaikutus muistisairaahan elämänlaatua kohottavana tekijänä. Toiminta ja hyvinvointi liittyvät yhteen myös muistisairaille, joilla kognition heikkenemisen aste on korkea. Vaikka muistisairaahan ajatusmaailma on hajanainen, pystyy hän nauttimaan virikehetkien ja yhteisöllisen toiminnan yhteenkuuluvuuden tunteesta. Asiakasnäkökulmasta hoidon laatua lisää päivittäisten toimien sovittaminen tukemaan asukkaiden rytmiä. Räsänen (2011) väitöstutkimuksen mukaan muistisairaille mm. ruokailutilanteet olivat elämänlaatua edistävä tekijä, koska ne luovat rytmiä ja yhteisöllisyyttä asiakkaiden arkeen. Päivänkulun rakentuminen voimavaralähtöisiin toimintoihin vähentää asiakkaiden passiivista odottelua hoitotoimien ja ruokailujen välillä. (Räsänen 2011, 166; Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 111–113, 120.)

Hyvän hoidon edellytyksenä asiakasnäkökulmasta on, että asiakasta ei siirretä eri hoitoyksiköiden välillä, vaan tarvittava hoito pyritään tuomaan oikein ajoitettuna asiakkaan hoitoyksikköön. Etenkin muistisairaille muutos ympäristössä voi olla kaoottinen kokemus ja sen seuraukset toimintakyvyn heikkenemisessä voivat olla pysyvät. Asiakkaan voinnin huonontuessa yksikössä tulee olla ohjeistukset jatkohoidon tarpeen arvioinnista ja asukkaan lähettämistä sairaalaan. Hoitoyksikön saattohoitovalmius takaa sen, että asiakasta ei lähetetä ilman lääketieteellisesti perusteltua syytä (esim. epäily lonkkamurtumasta) sairaalaan. Ikäntyneiden ympärivuorokautisen hoidon tulisi antaa mahdollisuus asiakkaan hyvälle elämän loppuvaiheelle ja arvokkaalle kuolemalle. (Voutilainen 2010a, 1–4; Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002, 115–121.)

#### 4.2.2 Ammatillinen näkökulma ympärivuorokautisen hoidon laadusta

Ammatillinen laatu määrittyy siten kuinka hyvin hoito vastaa asiakkaiden tarpeita (Øvretveit 1998, 236). Hoitotyö on hoitotieteen tietoperustasta rakentuvaa toimintaa, jonka pohjalla on altruistinen ihmiskäsitys ja asiakkaan avuntarpeen tyydyttäminen hoitotyön auttamismenetelmillä. Ikääntyneisiin suuntautuneessa hoitotyössä eli gerontologisessa hoitotyössä hoitotieteeseen yhdistyy gerontologinen tietoperusta. Gerontologisessa hoitotyössä korostuvat moniammatillisuus ja läsnäolo ikääntyneen arjessa. (Heikkinen 2008, 449–454; Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 12–14.) Aineettomat asiat kuten hoitajan kyky todelliseen vastavuoroiseen kohtaamiseen asiakkaan kanssa asiakkaan kognition vajeesta huolimatta, ovat hoitotyön laadun ydintä ja aitoa asiakaslähtöisyyttä (Heimonen, Sarvimäki & Suni 2010, 158–161). Asiakkaiden sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä tulee tukea ympärivuorokautisessa hoidossa. Hoitaja pystyy vaikuttamaan asiakkaiden väliseen kanssakäymiseen, jolloin mahdollistuvat vertaissuhteet. Ikääntyneen vuorovaikutuksen toteutuminen ja ymmärretyksi tuleminen ovat edellytyksiä hyvälle gerontologiselle hoitotyölle. (Bergland & Kirkevold 2007, 1300–1301.)

Korkealla henkilöstömitoituksella on vaikutusta hoidon laatuun, mutta suurempi yhteys on henkilöstön asenteilla, sitoutumisella ja osaamisella sekä sen hyödyntämisellä (Voutilainen 2004, 21–23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 30–32). Kouluttautuneisuudella on vaikutusta työntekijän sitoutumiseen ja oman ammatti-identiteetin vahvistumiseen, jolla on positiivinen vaikutus moniammatillisen yhteistyön syvenemiseen ja koko hoitokulttuurin kehittymiseen. (Beer ym. 2008, 7–10.)

Ympärivuorokautisen hoidon laadun arviointiin on olemassa erilaisia mittaristoja, joiden avulla voidaan tehdä vertailevaa tutkimusta hoidon laadusta, tehokkuudesta ja kustannuksista. Pitkäaikaishoidon laadunarviointiin on kehitetty Yhdysvalloissa RAI- järjestelmä (Resident Assessment Instrument), jonka pohjalta pitkäaikaishoidon asiakkaille tehdään RAI- arvio puolivuositain ja voinnin muuttuessa. RAI- järjestelmä on käytössä useassa Suomen kunnassa ja siitä saatavat mittarilukemat ovat kansain-

välisesti vertailukelpoisia arvioitaessa ympärivuorokautisen hoidon laatua ja asiakasrakennetta. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22–24.) RAI-järjestelmä antaa tietoa sekä hoitoprosessista, että sen vaikuttavuudesta. Hoidon sisällön laadun arviointiin RAI soveltuu hyvin, koska sen laatuindikaattorit kuvaavat hoidossa saavutettuja tuloksia. RAI-arvion laatuindikaattoreita ovat mm. asiakkaan ravitsemustila, painehaavat, kivun esiintyminen ja liikkumista rajoittavien välineiden käyttö. (Peiponen 2004, 69–70, 134.)

Kirjaaminen on keskeinen ammatillisen laadun arvioinnin osa-alue. Asiakastieto, jota ei ole kirjattu, ei ole myöskään luotettavaa. Kirjaaminen on osa asiakasturvallisuutta luoden pohjan hoidon jatkuvuudelle ja saumattomuudelle. (Voutilainen 2004, 75–76.) Saks ym. (2008) toteavat, että pitkäaikaishoidon hyvällä kirjaamisella on vaikutusta myös asukkaan kokemukseen elämänlaadusta. Samassa kansainvälisessä tutkimuksessa laadukkaalla kirjaamisella oli yhteyttä painehaavojen ja kivun vähäiseen esiintyvyyteen. Voutilainen ym. (2004) ovat tutkineet kirjaamisen suhdetta hoidon laadun parantamiseen Suomessa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Tutkimuksen mukaan päivittäiskirjaamisessa sekä hoitosuunnitelmien päivittämisessä oli puutteita; asiakkaiden kognition astetta ei ollut kuvattu asiakirjoihin ja konkreettiset hoitotyön keinot toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja asiakkaiden voimavarojen tukeminen jäivät kirjaamatta. Tutkimuksen mukaan ymmärrys kirjaamisesta yhtenäisenä osana asiakkaan hoidon kokonaisuutta on pitkäaikaishoidossa valitettavan puutteellista. (Saks, Tiit, Muurinen, Mukkila, Frommelt & Hammond 2008, 206–214; Voutilainen, Isola & Muurinen 2004, 76–78.)

Asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen kuntouttavalla toiminnalla huomioiden yksilölliset voimavarat on laadukasta hoitoa. Toimintakyvyltään heikentynytkin ikään tynyt hyötyy tavoitteellisesta fyysisen aktiivisuuden ylläpitämisestä ryhmä- tai yksilöohjauksessa. Ulkoilumahdollisuus lisää asukkaiden hyvinvointia myös kokemuksellisesti. (Karvinen 2008, 70–77.) Ravitsemus ja sen merkitys hyvinvoinnille sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden on keskeinen osa laadukasta pitkäaikaishoitoa. Ihon kunto, infektioherkkyys ja toimintakyvyn ylläpitäminen liittyvät kes-

keisesti ikääntyneen ravitsemustilaan. Henkilöstön tulee tietää ravitsemuksen merkityksestä ikääntyneelle ja heillä tulee olla herkkyyttä havainnoida vajaaravitsemuksen merkkejä. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ravitsemussuosituksissa painottuu hyvän ravitsemuksen toteutuminen eri ammattiryhmien toimintana. (Soini, Muurinen, Sandelin, Suominen & Pitkälä 2007, 329–333.) Painehaavojen esiintyminen on monipuolinen hoidon laadun mittari. Painehaavojen ennaltaehkäisy kertoo asiakkaiden hyvästä perushoidosta (hygienian ja asentohoidon toteutumisesta) sekä riittävän runsasenergisien ravitsemuksen turvaamisesta ja ennen kaikkea sillä on merkitystä asiakkaan hyvinvoinnin kannalta. Painehaavariskin tunnistamisessa korostuu henkilöstön ja myös sijaisten sitoutuminen ja vastuullisuus asiakkaiden hoidosta. (Reddy, Gill & Rochon 2006, 981.)

Ympärivuorokautisessa hoidossa laatu näyttäytyy myös lääkehoidon toteutuksessa. Henkilöstön tulee osata ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteet. Monilääkitysten vaikuttavuuden seuranta ja arviointi sekä lääkkeettömien hoitojen toteuttaminen vaativat erityisosaamista. Kivun kokemus on selkeä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden elämänlaatua heikentävä tekijä (Räsänen 2011, 166). Kivuttomuus ja kärsimysten lievittäminen ovat asiakkaan hyvinvoinnin lähtökohta. Kuitenkin n. viidesosalla pitkäaikaishoidon asiakkaista on päivittäin kipuja, mikä kertoo kivun arvioinnin haasteellisuudesta. (Finne-Soveri 2001, 65–66; Kivelä 2006, 65–81.) Kivut voivat olla merkki levottomuudesta, joka on myös tyypillinen muistisairauden oire. Asiakkaiden vaikeat käytöshäiriöt, aggressiivisuus ja muut oireet, jotka vaikuttavat asiakasturvallisuuteen vaativat erityisosaamista muistisairaahan asiakkaan kohtaamisesta ja asiakkaan tuntemista, jolloin voidaan ennakoida ja mahdollisesti ehkäistä vaikeiden tilanteiden syntyminen. Asiakkaiden liikkumisen rajoittamiskeinot turvavälinein ovat joskus ainoa vaihtoehto turvallisuuden takaamiseksi. Ennen rajoittavan turvavälineen harkintaa on kuitenkin kokeiltava ja arvioitava muiden auttamismenetelmien soveltuvuus. Turvavälineen käyttö on aina lääkärin hoitopäätöksen mukaista ja sen tulee olla asianmukaisesti dokumentoitu. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 245–246.)

Hoitotyön laatua arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota hoitoyksikön asukasrakenteeseen, hoitokulttuurin ja henkilöstön osaamisen. Jossakin toisessa hoitoyksikössä puutteet hoidon laadussa eivät välttämättä tulisi huomioiduksi, koska henkilöstön ammatillinen osaaminen; asukkaiden havainnointi ja kirjaaminen eivät välttämättä ole yhdenvertaisia. (Finne-Soveri 2005, 112.) Yhteenvetona voidaan todeta, että laadukkaan hoitotyön kokonaistavoitteena on asiakkaan tyytyväisyys ja hyvä arki niiltä osin kuin se suinkin on mahdollista toiminnanvajeista huolimatta.

#### **4.2.3 Johtamisen näkökulma ympärivuorokautisen hoidon laadusta**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa johtamiskäytännöt ja organisaatorakenteet sekä pätevytyminen johtajan tehtävään eivät ole yhtenäisiä, mikä aiheuttaa epäselvyyttä ja osaltaan myös painetta johtajuutta kohtaan. Yksityisillä palveluntuottajilla usein päätoksenteosta vastaa hallitus ja lähiesimiehet voivat kokea vaikutusmahdollisuutensa vajavaisiksi. Julkisten palvelujen puolella ylihoitajien tehtäviä on siirretty osastonhoitajille ja vastuukysymykset ovat herättäneet epätietoisuutta. (Molander 2002, 56–57.) Palvelurakenteen muutos on vaikuttanut johtamiseen; tulosjohtamisen piirteet ovat rantautuneet myös hoivasektorille, pätevän henkilöstön rekrytointi on haasteellista ja asukkaiden tarpeet, tietoisuus ja odotukset ovat yhä korkeammalla (Aarva 2009, 211). Yhtä kaikki lähijohtajuutta kohtaan on paljon odotuksia ja vaatimuksia sekä organisaation että palvelujärjestelmän kaikilta tasoilta. Johtamiskulttuuri luo pohjan organisaation koko toiminnalle; sen laadulle, luottamukselle ja yhteistyölle organisaation sisällä sekä yhteistyötahojen kanssa. (Romppanen & Kallasvuo 2011, 110–120; Vesterinen 2011, 110–115.)

Johtamisen kokonaisuuteen kuuluu koko organisaation toiminnan hallinto. Esimiesten tulee varmistaa, että palvelu vastaa sille asetettuja vaatimuksia sekä suunnitelmallisesti johtaa organisaatiota niin, että toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet saavutetaan. Asiakassuuntautuneisuus ja laadun merkitys tulisi huomioida kaikissa toiminnoissa, jotka määritellään organisaation strategiassa. Johdon pitää mahdollistaa toiminnan jatkuva kehittäminen ja resurssien kohdentuminen niin, että strategi-

set linjaukset näkyvät tavoitteellisesti arjessa ja yksittäinen työntekijä on niistä tietoinen. (Antila 2012, 63, 71–76.) Johtamisen laatu saavutetaan organisoimalla työ yksinkertaisesti mutta tehokkaasti niin, että asiakas saa oikea-aikaisesti tarvitseman sa avun. Jotta palveluntuottajan toiminta on tehokasta ja kustannukset pysyvät kurissa, johdon tehtävänä on huolehtia henkilöstön osaamisalueiden kohdentumisesta oikein. (Øvretveit 1998, 247–248.) Hoidon laadun ylläpitämiseksi tarvitaan osallistuvaa johtamista, joka lähtee organisaation yhteisistä arvoista ja asiakaslähtöisyydestä (Pieper, Frommelt, Heislbetz & Vaarama 2008, 137, 146).

Pätevä henkilöstö on organisaation resursseista tärkein ja arvokkain. Esimiehen tulee tiedostaa avoimen, turvallisen ja kannustavan työskentelyilmapiiriin vaikutus yksittäisen työntekijän ja työyhteisöjen kehittymiselle sekä asiakkaiden hoitotyön toteutukselle (Viitala 2004, 186–203). Johdon tulee systemaattisesti seurata sekä aineellisten että aineettomien resurssien riittävyttä ja oikea-aikaisuutta. Johtamisen ydintehtäviin kuuluu hoidon ja palvelun vaikuttavuuden turvaaminen varmistamalla henkilöstön osaamistason ja määrän lisäksi lakisääteisen täydennyskoulutuksen toteutuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38–39.) Henkilöstön lisäkoulutuksen tulee olla osaamistarvetta vastaavaa ja sen vaikuttavuutta tulee arvioida (Beer ym. 2008, 7–10).

Hoitoyksikön koolla tai aineellisilla ja taloudellisilla resursseilla ei tutkimusten mukaan ole selkeää kytköstä hoidon laatuun, enemmän hoidon laatuun vaikuttavat työntekijöiden kokema työskentelyilmapiiri, työn mielekkyys ja kyky tehdä työtä omien kykyjensä mukaan. Kiire ja raskashoitaiset asukkaat kuormittavat työtä, mutta enemmän haittaa työhyvinvoinnille on jos työntekijä ei voi luottaa ammattitaitoonsa. Ristiriidat työn organisoinnissa ja epäselvyys vastuukysymyksissä eri ammattiryhmien välillä vaikuttavat työskentelyilmapiiriin negatiivisesti. (Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finne-Soveri & Laine 2004, 47–49; Sinervo 2000, 63–72; 2007 48–49.) Pekkarisen (2007) tutkimuksen mukaan työntekijöiden kokemilla stressiteki-  
jöillä on vaikutusta hoidon laatuun ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Hoitajien kokemus siitä, että ei pysty täyttämään työlle asetettuja vaatimuksia vaikutti mm.



enenevästi asiakkaiden painehaavojen määrään. Yksiköissä, joissa henkilöstö pystyi hyödyntämään osaamistaan ja tekemään itsenäisesti päätöksiä asiakkaiden liikkumista rajoitettiin vähemmän ja rauhoittavien sekä unilääkkeiden käyttö oli rajatumpaa. (Pekkarinen 2007, 49–57.)

Hoitoyksikön erikoistumisella (esim. muistisairaille suunnattu hoito) on merkitystä työhyvinvoinnille. Erikoistumisen merkitystä on perusteltu työn selkeillä päämäärillä sekä oman osaamisen ja vaikutusmahdollisuuksien hyödyntämisellä verrattuna yksiköihin, jossa asukkaat ovat hoidon tarpeessa erilaisista syistä. (Pekkarinen 2007, 49–57; Pekkarinen ym. 2004, 47–49; Sinervo 2000, 63–72; 2007 48–49.) Tämä merkitsee johtamisen kannalta sitä, että toiminnan tavoitteellisuus, yhteiset toimintaohjeet ja hyvät perehdyttämiskäytännöt selkeyttävät perustehtävää. Laadunhallintaa ja sen näkyvyyttä toimintakäsikirjassa ja toimintaohjeissa on kritisoitu ainoastaan johdon työkaluksi ja sen jalkauttaminen palvelemaan koko organisaatiota on koettu epäonnistuneeksi (Holma 2003, 19; Parviainen 2009, 210–211). Johtamisen laatu kytkeytyy pitkälti laatutyön kanavoimiseen kaikille organisaation tasoille. Johdon tulee sitoutua kehittämistyöhön, muutoksiin, riskienhallintaan sekä virheiden ja ongelmien avoimeen käsittelyyn omalla esimerkillään. (Mauch 2010, 78–90, 106–110; Viitala, 2004, 186–203.) Johdon esimerkin myötä henkilöstön osallistuminen ja sitouttaminen samoihin asioihin tapahtuu vuorovaikutuksessa yhteisen päämäärän eli asiakkaiden hyvinvoinnin vuoksi. (Viitala, 2004, 186–203.)

Johdon suhtautuminen työntekijöihin tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti kertoo työntekijöiden arvostamisesta ja merkityksestä työyhteisössä. Johtamisen oikeudenmukaisuus tukee työntekijöiden motivaatiota ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin myös muutostilanteissa, mikä on tärkeää, koska kuten luvun alussa todettiin, yhä enemmän tulee varautua muutoksiin ja haasteisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa. (Sinervo 2007, 48–49.) Hyvä johtaminen tukee asiakkaan elämänlaatua, sillä ammattitaitoisen ja motivoituneen henkilöstön työskentelyilmapiiri luo turvallisuutta sekä henkisesti että fyysisesti asiakkaan hoitoyksikköön, joka on hänen kotinsa. (Räsänen 2011, 183–184).

### 4.3 Palvelujen omavalvontasuunnitelma

Palvelujen ulkoistaminen on korostanut valvontakäytäntöjen ja vastuukysymysten merkitystä. Oikea-aikaisella sosiaali- ja terveyshuollon valvonnalla säästetään resursseja ehkäisemällä negatiivisia seuraamuksia, niin asiakkaan kuin palvelun tuottajan näkökulmasta. Lisäksi palvelun on oltava laadultaan, saatavuudeltaan ja tuotettavuudeltaan kunnan tarpeita vastaavaa, jotta sen jatkuvuus ostopalvelujen tuottajana olisi turvattu. Asianmukaisen palvelun toteamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisten palveluntuottajien toiminnan sisältö täytyy avata omavalvonnan keinoin. (Komulainen 2010, 262–274.)

Valvira on määritellyt kriittisiksi tarkastelukohteikseen ympärivuorokautisen hoidon laadun valvonnassa hoitohenkilöstön määrän ja koulutustason, lääkehoidon, ravitsemuksen, mielekkään toiminnan, yksikön tilat sekä asiakirjahallinnan. (Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta 2011, 3.) Kuntien laatuvaatimukset sekä omalle että ostopalveluna tuotetulle ympärivuorokautiselle hoidolle noudattelevat Ikäihmisten palvelujen laatusuositusta sekä valvontaviranomaisten kriteerejä. Palveluntuottajan tulee raportoida kunnalle laatuvaatimusten toteutuminen ja toiminnan arviointi ostopalvelusopimuksen mukaisesti. Yhtenäiset laatukriteerit kuten RAI-järjestelmän hyödyntäminen mahdollistavat kunnan järjestämisvastuulla olevien palveluiden keskinäisen vertailun. (Tampereen kaupunki 2011, 1–2.)

Omavalvonnalla tarkoitetaan palvelutoiminnan ennakkovalvontaa, joka on palveluntuottajan omalla vastuulla. Omavalvonnalla tuodaan esille palvelujen lainmukaiset vaatimukset ja toimintaedellytykset. Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (L 22.7.2011/922) velvoittaa kaikkia yksityisiä sosiaalipalvelujen tuottajia laatimaan omavalvontasuunnitelman toiminnan asianmukaisuuden ja laadun varmistamiseksi. Valviran määräysluonnos Dnro 7754/03.03/2011 omavalvontasuunnitelman laadinnasta tulee voimaan 1.3.2012 ja se on voimassa toistaiseksi (Valvira 2011, 1–4).

Valvira määrittelee omavalvontasuunnitelman sisällön sekä laadintaan ja seurantaan liittyvät käytännöt. Valvontaviranomaiset eivät erikseen hyväksy omavalvontasuunnitelmaa, sillä omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, jonka pätevydestä ja ajantasaisuudesta vastaa palveluntuottaja. (Sosiaali- ja terveysministeriön periaatteet 2012, 23–24.)

Omavalvontasuunnitelmassa omavalvonta kuvataan omavalvonnan toteuttamisena ja palvelun sisällön omavalvontana. Palvelun sisältö koostuu samoista kokonaisuuksista mitä on kuvattu tässä opinnäytetyössä ympärivuorokautisen hoidon laadusta (ks. luku 4.2), sillä omavalvontasuunnitelman sisältö perustuu Ikäihmisten palvelujen laatusuositukseen ja Valviran seuraamien laatuksien omavalvontaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008; Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta 2011). Omavalvonnan toteuttamisessa avataan palveluntuottajan toiminta-ajatus, omavalvonnan organisointi, johtaminen, asiakkaiden ja omaisten osallistuminen sekä turvallisuusriskien sekä vaara- ja häiriötilanteiden tunnistaminen ja raportointi. Omavalvonnan asiakirjoihin luetaan palvelun tuottajan omat toimintaa ohjaavat suunnitelmat, kuten pelastussuunnitelma ja lääkehoitosuunnitelma. (Valvira 2011, 1–8.)

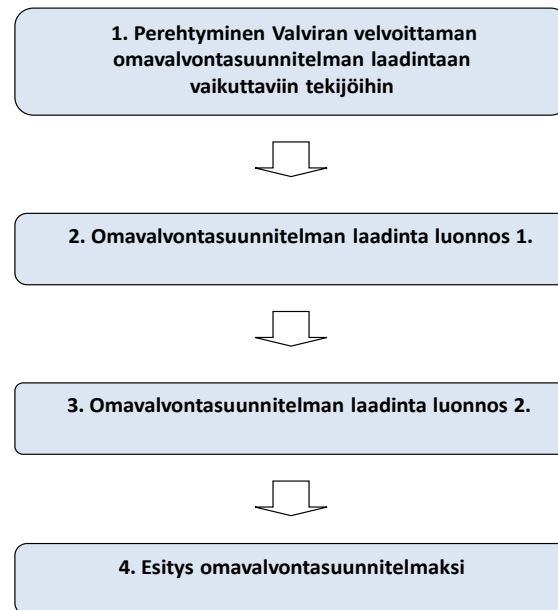
Omavalvonta on keskeinen toimintamuoto palvelujen laadunhallinnassa ja kehittämisessä; se on prosessi havaittujen poikkeamien korjaamisesta kohti jatkuvaa parantamista. Omavalvonnan toteutukseen soveltuu hyvin nk. Demingin – ympyrän hyödyntäminen kehittämistyön tukena (ks. luku 4.1). (Sosiaali- ja terveysministeriön periaatteet 2012, 23–24.) Häiriötilanteiden kuten tapaturmien, lääkepoikkeamien sekä vähältä piti tilanteiden seurannan ja raportoinnin tulee olla tavoitteellista sekä avoimuuteen ja oppimiseen perustuvaa (Lehtoranta & Rytsölä 2007, 15). Omavalvontasuunnitelman asiakasturvallisuuden kokonaisuus sisältää turvallisen ja asianmukaisen hoidon ja palvelun sekä ympäristön ja laitteiden turvallisuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriön periaatteet 2012, 23–24; Valvira 2011, 1–8.)

## **5 PALVELUASUMISEN OMAVALVONTASUUNNITELMA**

### **5.1 Suunnitelma omavalvontasuunnitelman laatimisesta**

Omavalvontasuunnitelman laadinta suoritetaan kohdeorganisaatiossa maaliskuu- ja huhtikuun 2012 aikana. Omavalvontasuunnitelman sisällön määrittelee Valvira (Valvira 2011, 1–8). Laadintaprosessi aloitettiin tutustumalla taustaan ja tekijöihin, jotka vaikuttivat Valviran omavalvontasuunnitelman toimeenpanoon. Taustaselvityksen tarkoituksena on saada tietää mitä on asianmukainen ja laadukas hoito ympärivuorokautisessa hoidossa. Omavalvontasuunnitelman laadinta on kuvattu kuviossa 3.

Omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaa organisaation laatupäällikkö. Jotta omavalvontasuunnitelma vastaisi paremmin tarkoitustaan koko palvelukokonaisuuden kuvaajana, hyödynnetään sen laatimisessa käyttäjälähtöistä menetelmää, iteratiota, jossa kehittämistyö annetaan sen käyttäjille kommentoitavaksi ja arvioitavaksi laadintaprosessin aikana (Toikko & Rantanen 2009, 82–84). Koska omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, on tärkeää, että koko organisaation henkilökunta on tietoinen sen tarkoituksesta ja pystyy myös vastaamaan omalla toiminnallaan omavalvonnan toteutumisesta. Tämän takia henkilökunnan osallistuminen kommentoimaan omavalvontasuunnitelman sisältöä on perusteltua.



KUVIO 3. Omavalvontasuunnitelman laadinta

Omavalvontasuunnitelman laadinnan aikana on kaksi iteraatiokierrosta, jolloin opinnäytetyön tekijä, organisaation johto ja yksiköiden laatuvaastavat kokoontuvat yhteispalaveriin. Omavalvontasuunnitelman luonnokset lähetetään sähköpostitse (ks. kuvio 3) saatekirjeen kanssa henkilökunnalle ja johtoryhmälle. Johtajan vastuulla on omavalvontasuunnitelman laadintaprosessin tiedonkulku hallituksen kanssa. Omavalvontasuunnitelman asiakaslähtöisyyden näkymisen turvaamiseksi opinnäytetyön tekijä läpikäy omavalvontasuunnitelman kahden organisaation asiakkaan kanssa laadintaprosessin aikana. Opinnäytetyön tekijä informoi suullisesti kehittämishankkeeseen liittyvien kirjallisten ja suullisten kommenttien jatkokäytön ja säilyttämisen mukana oleville asiakkaille ja henkilökunnalle. Opinnäytetyössä kommentit käsitellään nimettöminä. Kohdeorganisaation kehittämistoiminnassa ja yhteispalaverissa jokainen kommentoi omalla nimellään.

Yhteispalavereissa opinnäytetyön tekijä on sekä tutkijan roolissa, että kehittämiss-hankkeeseen osallistuva jäsen. Hän arvioi tilannetta sekä omavalvontasuunnitelman kehittymisen näkökulmasta että osallistujien erilaisten ajatusten ja odotusten ja näis-tä syntyneen yhteisen tiedon ja reflektiivisen toiminnan näkökulmasta käsin. (Ojasa-lo, Moilanen & Ritalahti 2009, 65–68.) Tutkimusotteena arvioinnilla on vahva perinne laadunhallintamenetelmissä. Jotta tutkija pystyy sekä osallistumaan hankkeeseen että arvioimaan tilannetta, täytyy hänen tuntea käsiteltävä asia kattavasti, jotta tul-kinta ja arviointi ovat todenmukaisia. (Anttila 2007, 31–32.)

## 5.2 Kuvaus toteutuksesta

Seuraavassa kuvataan omavalvontasuunnitelman laadinta kuvion 3. mukaisesti.

### 1. Perehtyminen Valviran velvoittaman omavalvontasuunnitelman laadintaan vai-kuttaviin tekijöihin

Kehittämishanke alkoi perehtymällä omavalvontasuunnitelman laadintaan vaikutta-neisiin tekijöihin ja taustoihin helmi- ja maaliskuun aikana 2012. Valviran yksityisiä sosiaalipalvelujen tuottajia koskeva omavalvontasuunnitelman laadinta on osa sosi-aali- ja terveyspalvelujen valvontaa, jonka vuoksi perehdyttiin ikääntyneiden palvelu-järjestelmään ja valvonnan menettelytapoihin sekä valvonnan kiristymiseen vaikut-taneisiin tekijöihin. Tiedonhaussa korostui laatua ja laadunhallintaa koskeva kirjalli-suus ja aineisto, koska tavoitteena on laatia omavalvontasuunnitelma, jota voidaan hyödyntää organisaation toiminnan laadunhallinnassa. Tiedonhaku ympärivuoro-kautisen hoidon laadusta asiakkaan, hoitotyön sekä johtamisen näkökulmista täy-densi tavoitetta laatia omavalvontasuunnitelma, jonka sisällössä painottuvat asiakas-lähtöisyys, hoitotyön ja johtamisen näkökulma. Näistä aihealueista muodostui opin-näytetyön teoriaosa. Perehtymisen ja teoriaosan kirjoittamisprosessin aikana opin-näytetyön tekijä oli yhteydessä organisaation johtoryhmään, jolloin sovittiin omaval-vontasuunnitelman luonnosten kommentointien aikataulusta ja informoitiin henkilö-kuntaa omavalvontasuunnitelman laadinnasta.

## **2. Omavalvontasuunnitelman laadinta luonnos 1.**

Omavalvontasuunnitelman ensimmäisen luonnos kirjoitettiin kahdessa osassa maaliskuun ja huhtikuun aikana 2012. Tekstin sisällössä huomioitiin asiakkaan, hoitotyön ja johtamisen näkökulmat omavalvonnan toteutuksessa sekä tekstin selkeys ja ymmärrettävyys. Omavalvontasuunnitelman luonnos 1. lähetettiin organisaation johtoryhmälle sekä henkilökunnalle sähköpostitse saatekirjeen kera kahdessa osassa kommentoitavaksi. Saatekirjeessä kuvattiin kehittämishankkeen tarkoitus ja tiedonkeruu. Omavalvontasuunnitelman luonnoksissa oli jätetty aina tyhjä sivu kappaleen jälkeen henkilöstön ja johtoryhmän kommentteja varten.

Luonnos 1. osa 1. lähetettiin johtoryhmälle ja henkilökunnalle 18.3.2012 ja sen käsittelyä koskeva yhteispalaveri pidettiin 4.4.2012. Yhteispalaveriin osallistuivat organisaation johtoryhmä ja hoitoyksiköiden laativastaavat, yhteensä kahdeksan henkilöä opinnäytetyön tekijän lisäksi. Ensimmäisen luonnoksen ensimmäisen osan omavalvontasuunnitelmasta oli lukenut koko organisaation työntekijöistä 47 %. Yhteispalaverissa kommenttien ja arvioinnin tiedonkeruu sekä yhteenveto aikataulutettiin etukäteen, jotta tiedonkeruu toteutui oikeudenmukaisesti tiedonantajilta ja kaikki asiat käsiteltiin tasapuolisesti. Tiedonkeruu tapahtui niin, että asia käsiteltiin luku kerrallaan ja opinnäytetyön tekijä kirjasi keskustelun kommentit suoraan tekstitiedostoon sekä keräsi luonnokset, johon kommentit oli kirjattu käsin. Ensimmäisessä yhteispalaverissa yhtä lukua kohti oli 20 minuuttia aikaa kommentointia varten. Keskustelu käytiin vapaamuotoisesti kuitenkin niin, että opinnäytetyön tekijä varmisti, että kaikki saivat puheenvuoron.

Vastaavasti ensimmäisen luonnoksen osa 2. lähetettiin johtoryhmälle ja henkilökunnalle 5.4.2012 ja yhteispalaveri pidettiin 12.4.2012. Yhteispalaveriin osallistuivat opinnäytetyön tekijän lisäksi kuusi henkilöä kahdeksan henkilön sijasta sairastapausten vuoksi. Ensimmäisen luonnoksen toisen osan oli lukenut 49 % koko henkilökunnasta. Toinen osa osoittautui asiasisällöltään huomattavasti laajemmaksi ja väliotsikoin tauotettuna jokaista aihetta käsiteltiin yhteispalaverissa n. 10 minuuttia. Asiako-

konaisuudet ensimmäisen luonnoksen osassa kaksi olivat kuitenkin enemmän käytännönläheisiä ja ne ammattiryhmät, joita luvun asiasisältö koski olivat kommentoineet kohdennetusti omia osa-alueitaan, mikä nopeutti asioiden käsittelyä yhteispalaverissa.

Opinnäytetyön tekijä kertoi ensimmäisen yhteispalaverin aluksi omavalvonnan käsitteestä ja omavalvontasuunnitelman tavoitteesta kuvata organisaation toiminta ja käytännöt, jolla itse valvotaan, että toiminta täyttää sille asetetut vaatimukset. Huolimatta tästä alustuksesta kommentit keskittyivät siihen miten asiat tällä hetkellä ovat. Vastuukysymyksistä keskusteltiin avoimesti. Parannusehdotukset täsmensivät eri ammattiryhmien vastuualueita.

### **3. Omavalvontasuunnitelman laadinta luonnos 2.**

Omavalvontasuunnitelman luonnos 2. kirjoitettiin huhtikuussa 2012. Omavalvontasuunnitelman ensimmäisen luonnoksen käsittely organisaation työntekijöiden kanssa antoi tukea tekstin työstämiseen. Johdon kommentit täsmensivät sisällön tietopohjaa ja tekstin rakennetta. Henkilökunnan näkemykset konkreettisesta toiminnasta selkiyttivät seurantakäytäntöjen kuvaamista. Omavalvontasuunnitelman toisessa luonnoksessa otsikointia täsmennettiin alalukuihin, jotta sisällysluettelo palvelee lukijaa paremmin. Liitteeksi lisättiin taulukko organisaation palaverikäytännöistä, koska palavereihin viitattiin seurantakäytäntöjen yhteydessä toistuvasti omavalvontasuunnitelman tekstiosuuksissa.

Toisen luonnoksen laadintavaiheessa omavalvontasuunnitelmaan tutustui kaksi organisaation ei-muistisairasta asiakasta. Opinnäytetyön tekijä tapasi asiakkaat heidän omissa huoneissaan huhtikuussa 2012 ja kertoi heille omavalvonnasta valvontamettelynä ja organisaation omavalvontasuunnitelman laadinnasta opinnäytteenä. Asiakkaille informoitiin suullisesti, että heidän tunnistetietojaan ei kerätä ja heidän kommenttinsa käsitellään nimettöminä. Asiakkaille kuvattiin lyhyesti omavalvontasuunnitelman sisältö, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijä ja asiakas keskustelivat asi-



asta vapaamuotoisesti. Asiakkaiden mielestä asia oli tärkeää, vaikka he kokivat suunnitelman laajaksi ja vaikeasti hahmotettavaksi. Molemmat asiakkaat kokivat olonsa organisaatiossa turvallisiksi ja palvelun yksilölliseksi, mutta toinen asiakkaista korosti sitä, että kertomalla voimakkaasti omasta avuntarpeestaan, saisi hoitajilta enemmän yksilöllistä hoitoa ja palvelua.

*”Pitäisi osata tehdä itsensä tykö, olen tottunut olemaan taka-alalla. Tuntuu pahalta kun toiset valittaa ihan turhasta, mutta meitä on monenlaisia. Olisko se sitten sen parempi vai pahempi, en tiedä.”*

Asiakkaat näkivät asiakaslähtöisyyden toteutuvan organisaatiossa hyvin, mutta olivat sitä mieltä, että on tärkeää, että sen toteutumista valvotaan. Toinen asiakkaista koki erittäin tärkeäksi asiakaslähtöisyyden osa-alueeksi ympäristön, oman huoneen, jossa saa olla omassa rauhassa. Molemmat asiakkaat kokivat, että heidän itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettu organisaatiossa. Kumpikaan asiakas ei osannut kommentoida henkilökunnan vastuunjakoa, mutta olettivat, että kaikilla ammattiryhmillä on oma tehtäväkuvansa.

Omavalvontasuunnitelman luonnos 2. lähetettiin johtoryhmälle ja henkilökunnalle 18.4.2012 ja sen käsittelyä koskeva yhteispalaveri pidettiin 25.4.2012. Yhteispalaveriin osallistuivat organisaation hallituksen jäsen, johtoryhmä, erityistyöntekijä ja hoitoyksiköiden laativastaavat, yhteensä yhdeksän henkilöä opinnäytetyön tekijän lisäksi. Omavalvontasuunnitelman toisen luonnoksen oli lukenut organisaatiossa 29 % henkilökunnasta ja 50 % hallituksen jäsenistä. Yhteispalaverin aluksi opinnäytetyön tekijä kertoi omavalvontasuunnitelman laadinnan vaiheista ja asiakkaiden kanssa käydyistä keskusteluista ja heidän kommentistaan, muuten yhteispalaverin kulku noudatteli ensimmäisen luonnoksen käsittelyä. Aikaa jokaisen luvun käsittelyyn oli n. viisi minuuttia. Parannusehdotuksia tuli selkeästi vähemmän kuin ensimmäiseen luonnokseen.

Yhteispalaverissa opinnäytetyön tekijän ei tarvinnut johdatella keskustelua aina seuraavan lukuun vaan osallistujat aktiivisesti yhdessä veivät keskustelua eteenpäin.

Ensimmäisessä luonnoksessa vieraaksi koetut käsitteet tuntuivat nyt tutummilta ja valvonnan merkitys oli selkiytynyt. Eettistä pohdintaa palaverissa läpikäytiin asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Palaverissa mukana olleet kokivat, että omavalvontasuunnitelmaan kirjattuihin seurantakäytäntöihin voidaan sitoutua ja vastuunjako on kuvattu selkeästi. Luonnokseen tehtyihin korjauksiin ja kieliasuun oltiin tyytyväisiä. Parannusehdotukset keskittyivät raportoinnin ja kirjaamisen merkitykseen, jonka yhteydessä todettiin, että omavalvonnan toteutuksessa hyvä tiedonkulku on ensisijaisessa asemassa.

#### **4. Esitys omavalvontasuunnitelmaksi**

Esitys omavalvontasuunnitelmaksi laadittiin huhtikuun 2012 lopussa molempien luonnosten käsittelyn pohjalta. Lopulliseen esitykseen tuli enää muutamia muutoksia sisältöön sekä kieliasuun. Henkilökunnan rekrytoinnin menettelyä tarkennettiin, jotta henkilöstön kelpoisuusvaatimusten omavalvonta olisi selkeästi kuvattu. Lisäksi esitykseen lisättiin kappale tiedonkulun ja viestinnän merkityksestä asiakastyön toteuttamisessa. Asiakkaiden näkemysten pohjalta omavalvontasuunnitelman ulkoilu- ja viriketoiminta kappaletta täydennettiin sekä korostettiin asiakkaan avuntarpeen moniammatillista arviointia ja toteutusta. Esitys omavalvontasuunnitelmasta lähetettiin organisaation hallitukselle ja toiminnan johtajalle vahvistettavaksi 2.5.2012.

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia omavalvontasuunnitelma, jonka laadinnassa painottuvat Valviran velvoittaman asiasisällön lisäksi asiakkaan, hoitotyön ja johtamisen näkökulmat sekä omavalvonnan selkiytyminen osana laadunhallintaa. Taulukoon 5 on tiivistetty työlle asetettujen tavoitteiden näkyvyys laaditussa esityksessä omavalvontasuunnitelmaksi. Teoriataustan tunteminen myötävaikutti siihen, että olennaiset seurantakäytännöt saatiin kuvattua omavalvontasuunnitelmaan selkeästi ja omavalvonnan kannalta tarpeettomien työvaiheiden kuvaus rajattiin pois. Suunnitelma on kirjoitettu selkeästi erilaiset lukijat huomioiden, jotta se palvelisi koko organisaatiota, asiakkaita ja heidän omaisiaan sekä valvontaviranomaisia.

TAULUKKO 5. Omavalvontasuunnitelma suhteessa sen tavoitteisiin

OMAVALVONTA-SUUNNITELMAN TAVOITE	MITEN NÄKY YOMAVALVONTA-SUUNNITELMASSA	OMAVALVONTASUUNNITELMASSA KUVATTU TOIMINTAOHJE/ SEURANTAKÄYTÄNTÖ
ASIAKKAAN NÄKÖKULMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asiakaslähtöisyys palvelukokonaisuuden kaikessa toiminnassa</li> <li>-Asiakkaan hoidon ja palveluntarpeen arviointi moniammatillisesti, asiakas ja omaiset huomioiden</li> <li>-Asiakkaan hoidon ja palvelun kohdentuminen oikein</li> <li>-Tavoitteena tuoda palvelut asiakkaan luo oikea-aikaisesti</li> <li>-Asiakkaan oikeusturvan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asiakastyytyväisyyden säännöllinen seuranta</li> <li>-Toiminnan kehittäminen asiakas- ja omaispalautteiden perusteella</li> <li>-Asiakkaan hoidon ja palveluntarpeen arviointi hoitosuunnitelmassa ja RAI-arviona</li> <li>-Jatkohoidon tarpeen arviointi, selkeät ohjeet asiakkaan lähettämisestä sairaalaan</li> </ul>
HOITOTYÖN NÄKÖKULMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asiakkaiden hyvinvointia tukeva toiminta (fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, ravitsemus ja lääkehoito, viriketoiminta, hygienia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitotyön auttamismenetelmien vaikuttavuuden arviointi hoitosuunnitelmassa ja RAI-arviona</li> <li>-Vastuualueet ja hoitotyön tavoitteet kuvattu kohdennetusti omassa luvussa (esim. ravitsemustyöryhmä → tavoitteet, seuranta, dokumentointi)</li> </ul>
JOHTAMISEN NÄKÖKULMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Johto vastaa henkilöstön riittävydestä, rakenteesta ja kelpoisuudesta suhteessa asiakkaiden avun tarpeeseen ja asiakasmäärään</li> <li>- Johdon vastuulla on taata turvallinen ja asianmukainen ympäristö asiakkaiden hoitotyön toteuttamista varten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Henkilökunnan osaamisen kohdentuminen oikein ja työhyvinvoinnin seuranta henkilöstösuunnitelmassa (koulutustarpeen arviointi, sairauspoissaolot, vaihtuvuus, kehityskeskustelut, puuttuminen häirintään työpaikalla)</li> <li>-Rekrytointikäytännöt, pätevyyden tarkistaminen</li> <li>-Toimitilojen ja laitteiden kunnon ja asianmukaisuuden seuranta</li> </ul>
OMAVALVONTA OSANA LAADUNHALLINTAA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Palvelun tuottajan toiminta-ajatus, arvot ja tavoitteet kuvattu selkeästi</li> <li>-Omavalvonnalla tarkoitetaan palveluntuottajan omatoimista laadun varmistamista ja laadun kehittämistyössä käytetään toimintamallina nk. Demingin ympyrää.</li> <li>-Jokainen työntekijä on vastuussa omasta työstään ja toiminnastaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Omavalvonnan organisoinnin ja laatu-työryhmän työskentelyn kuvaus</li> <li>-Perehdyttämiskäytäntöjen seuranta</li> <li>-Riskien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet (palvelu- ja lääkepoikkeaminen, vaara- ja uhkatilanteiden systemaattinen seuranta)</li> <li>-Koontitaulukoina toimintaohjeet, omavalvonnan asiakirjat ja palaverikäytännöt</li> </ul>

Omavalvontasuunnitelmassa keskeiset käsitteet on avattu ymmärrettäväksi, jotta lukijalle hahmottuu miten vastuut ja velvoitteet on jaettu niin, että toimintaa pystytään luotettavasti itse valvomaan. Suunnitelmassa on lisäksi kuvattu tarkasti menetelmät, joilla varmistetaan, että toiminnassa tunnistettuihin riskeihin puututaan.

Omavalvontasuunnitelman painopiste on asiakkaiden oikeusturvan ja asiakasturvallisuuden kuvaamisessa, mutta siinä huomioidaan myös koko organisaation palvelutoiminta; mukaan lukien henkilöstö ja johtaminen (ks. taulukko 5). Näiden kolmen näkökulman näkyvyys on yhtäältä tämän opinnäytetyön tavoite.

Johdon sekä työntekijöiden käyttäjälähtöinen osallistaminen selkiytti organisaation vastuunjakoa ja lähensi eri ammattiryhmiä, sillä ymmärrys vastuun jakautumisesta ja erilaisista asiakkaiden hyvinvointia tukevista tehtävistä lisääntyi. Omavalvontasuunnitelman laadintaprosessin aikana sekä ympärivuorokautisen hoidon laatuun liittyvät tekijät että omavalvonnan käsitteet kirkastuivat yhteispalavereissa mukana olleille henkilöille. Laadinnan aikana kehittymistä tapahtui varsinkin ensimmäisen luonnoksen käsittelyn jälkeen. Toisen luonnoksen käsittelyssä vuoropuhelu oli vuorovaikutteisempaa ja henkilöt puhuivat enemmän ”yhteisellä kielellä” kuin ensimmäisessä palaverissa.

Kohdeorganisaatioon laadittu omavalvontasuunnitelma on luottamuksellinen. Sen sisällysluettelo on nähtävissä liitteessä 1. Omavalvontasuunnitelmaa arvioitaessa suhteessa sille asetettuihin tavoitteisiin, siinä toteutuvat ohjeenmukaisesti Valviran määrittelemä sisältö sekä opinnäytetyön tavoitteet asiakkaan, hoitotyön ja johtamisen näkökulman painottumisesta. Käyttäjälähtöisen laadinnan ansiosta omavalvonta koettiin kiinteäksi osaksi laadunhallintaa.

## 6 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä vastattiin Valviran ajankohtaiseen velvoitteeseen laatimalla omavalvontasuunnitelma järjestöpohjaiselle palveluntuottajalle, joka tuottaa tehostettua palveluasumista ikääntyneille asiakkaille. Omavalvontasuunnitelmassa painotuitivat Valviran velvoittaman sisällön lisäksi asiakkaan, ammattityön ja johtamisen näkökulma. Omavalvonta omaksuttiin kohdeorganisaatiossa kiinteäksi osaksi laadunhallintaa.

Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta oli tärkeää, että opinnäytetyön tekijä perehtyi ympärivuorokautisen hoidon laatuun ja ikääntyneiden palvelujärjestelmään sekä valvontamenettelyihin ennen omavalvontasuunnitelman laadintaa. Käyttäjälähtöinen laadintaprosessi varmisti eri näkökulmien painottumisen ja myös niiden arvioimisen. Omavalvontasuunnitelman laadinta on kuvattu tarkasti ja sen perusteella laadintaprosessi voitaisiin toteuttaa uudelleen. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet kerrottiin henkilökunnalle kirjallisesti saatekirjeessä sekä suullisesti yhteispalavereissa. Asiakkaille informointi tehtiin suullisesti. Asiakkaiden kommentit käsiteltiin nimettöminä, mutta henkilökunta oli prosessissa mukana omalla nimellään. Kehittämishankkeesta jäljelle jääneitä dokumentteja ja muistiinpanoja voidaan käyttää jatkossa organisaation kehittämistyössä. Tämän takia kehittämistyön jatkuvuuden ja luotettavuuden kannalta on tärkeää, että työntekijät olivat mukana omalla nimellään, muuten yhteistyö ja sitoutuminen kehittämistyöhön voisi olla haavoittuvaa. (Kuula 2006, 117–124; Ojasalo ym. 2009, 65–68.)

Opinnäytetyön tekijän osallistuminen yhteispalavereihin sekä tutkijana että työryhmän jäsenenä antaa aihetta pohtia tämän position eettisyyttä. Opinnäytetyön tekijä oli yhteispalavereissa avoin oman opinnäytetyönsä lähtökohdista ja perusteli omat näkökulmansa omavalvontasuunnitelman sisällöstä. Opinnäytetyön tekijä huolehti, että kaikilla osallistuneilla oli aikaa kommentointiin ja, että asiat käsiteltiin tasapuolisesti. Omavalvontasuunnitelman laadinnan kannalta oli hyvä, että laadintaprosessin vetovastuu kuului henkilölle, jolle asia oli tuttu, mutta joka oli saanut etäisyyttä perehtymällä omavalvontasuunnitelman laadintaan vaikuttaneisiin taustoihin. Huolimatta tästä etäisyydestä opinnäytetyön tekijä koki yllättävän haasteelliseksi kirjoittaa informatiivisesti organisaation käytännöistä ja asioista, ”mitkä kaikki jo tietävät”. (Anttila 2007, 31–32; Hartikainen 2005, 186–191.)

Valviran määrittelemän asiasisällön toteutumiseksi omavalvontasuunnitelma laadittiin määräysluonnoksen mukaisesti ja sisällössä otettiin huomioon valvontaviranomaisen ohjeistus. Mikäli valvontaviranomaiset tekevät kohteeseen tarkastuskäynnin, on omavalvontasuunnitelmasta löydettävissä Valviran määrittelevät kriteerit

ympäri vuorokautisen hoidon laadulle. Kuvaus mm. muistutusmenettelystä on olennainen, koska muistutusmenettely omavalvonnan ohella on keino vähentää raskaita valvontamenettelyjä. (Aaltonen 2006, 84; Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 100–105; Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 23–24; Valvira 2011, 1–8; Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta 2011, 3.)

Asiakkaiden tutustuminen suunnitelmaan ja keskustelu heidän kanssaan omavalvonnasta tuki asiakaslähtöisyyden näkymistä omavalvontasuunnitelmassa. Suunnitelman laadinnassa huomioitiin asiakkaan näkökulma koko palvelukokonaisuudessa. Erityisesti muuttovaiheessa hoitoyksikköön asiakkaan ja omaisten osallistumista hoidon ja palveluntarpeen arviointiin korostettiin sekä omaisten läsnäoloa asiakkaan arjessa. Tällä on ollut vaikutusta asiakkaan sopeutumisessa uuteen ympäristöön ja kokemukseen kodinomaisuudesta. Yhteistyö omaisten kanssa jatkossa on luontevampaa jos heidän osallistumistaan tuetaan. (Klemola 2006, 105–109; Nuutinen & Raatikainen 2005, 141–143.)

Hoidon ja palvelun omavaraisuuden näkökulma tuotiin selkeästi esille omavalvontasuunnitelmassa. Asiakkaan jatkohoidon tarpeen arviointi on vastuullinen tehtävä ja sen ohjeistus on kuvattu suunnitelmaan tarkasti. Hoidon ja palvelun oikea-aikaisuus suhteessa asiakkaan avuntarpeeseen ja asiakkaan herkkä voinninmuutosten seuranta yhdessä hyvän kirjaamisen kanssa vähentävät asiakkaiden sairaalahoidon tarvetta. Tarvitaan asiantuntemusta, jotta ylipäättään pystytään arvioimaan muistisaira-an asiakkaan oirekuvan monimuotoisuutta ja myös kykyä arvioida, miten asiakkaan tilannetta voidaan helpottaa esim. erikoissairaanhoidossa vieraassa ympäristössä. Tätä näkemystä edustaa myös Käypä hoito suositus hyvästä ympärivuorokautisesta hoidosta (Voutilainen 2010a, 1–4).

Kohdeorganisaatiossa yhteisöllisyyden kokemukseen vedoten asiakkaiden osallistumista ohjattuun toimintaan ja tapahtumiin edesautetaan ja omavalvontasuunnitelmaan on kuvattu monipuolinen viriketoiminta. Havainnointitutkimusten mukaan tämä lisää muistisairaiden asiakkaiden kokemusta hoidon laadusta (Topo ym. 2007,

70, 111–113). Keskustelu asiakkaiden kanssa täsmensi heidän erilaisia mieltymyksiä viriketoiminnan luonteesta. Asiakkaiden yksilöllisyys huomioiden tulee muistaa, että monipuolinenkaan viriketoiminta ei aina tavoita kaikkia, osalle asiakkaista oleskelu omassa huoneessa, omassa rauhassa on parasta virikettä. Saman näkemyksen on todettu vaikuttavan ei-muistisairaiden asiakkaiden kokemukseen hyvästä hoidosta. Asiakkaan päätöksenteon kunnioittaminen ja oman huoneen tunnelma ja merkitys asiakkaalle kotina ovat elämänlaatua kohottava tekijä ympärivuorokautisessa hoidossa. (Mustajoki ym. 2001, 66–69; Räsänen 2011, 169–170.)

Ammatillinen näkökulma omavalvontasuunnitelman sisällössä on ilmeinen, koska suurin osa omavalvonnan seurantakäytännöistä liittyy hoitotyön toteuttamiseen ja sen arvioimiseen. Yli puolet yhteispalavereihin osallistuneista ja suunnitelman luonnoksia kirjallisesti kommentoineista henkilöistä olivat hoitotyöntekijöitä. Tiedonkulun ongelmat ovat hankaloittaneet organisaatiossa moniammatillista yhteistyötä, mikä on vaikuttanut myös asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Vastuu tiedon jakamisesta ja aktiivisesta tiedonsaannista on koko henkilökunnalla, mihin kuuluu myös viestintään reagoiminen ja palautteen antaminen. Kirjaamisen ja tiedonkulun merkitys osana asiakasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta koettiin keskusteluissa erityisen tärkeäksi mutta haasteelliseksi omavalvonnan kannalta. Yhteispalavereissa huomioitiin myös kirjaamisen merkitys työntekijän oikeusturvan toteutumisen kannalta. Kirjaamisen merkitys hoidon laatuun ja hoidon jatkuvuudelle on osoitettu useissa ympärivuorokautisen hoidon tutkimuksissa. (Saks ym. 2008, 206–214; Voutilainen 2004, 75–76; Voutilainen ym. 2004, 76–78.) Toisaalta on myös näyttöä siitä, että asiakkaan näkökulmasta hyvällä kirjaamisella ei ole yhteyttä hoidon laatuun vaan hoidon ja palvelun merkitys elämänlaadulle on havaittu vuorovaikutteisissa kohtaamisissa (Räsänen 2011, 166). Omavalvonnan kannalta vuorovaikutustilanteet kirjattiin suunnitelmaan tavoitteellisesti, mutta näiden toteutumisen seuranta on ongelmallista etenkin muistisairaiden asiakkaiden kohtaamisessa. Asiakastytytyväisyyskyselyillä ja asiakaspalautteilla saadaan tietoa ei-muistisairaiden hoidon ja palvelun kohdentumisesta oikein. Asiakastytytyväisyyskysely on keskeinen hoidon laadun mittari (Laine 2005, 31–36; Muurinen ym. 2006, 4–6; Øvretveit 1998, 239–241).

Omavalvontasuunnitelmassa johdon rooli on keskeinen, koska omavalvonnan nimeytyt vastuuhenkilöt ovat esimiehiä ja toiminnan kokonaisvastuu on johdolla. Omavalvonnan organisointi ja jalkauttaminen kohdeorganisaation on johdon tehtävä. Tämän vuoksi johdon oma sitoutuminen omavalvontaan näkyy myös omavalvontasuunnitelmassa. Tutkimusten mukaan johdon negatiivinen suhtautuminen organisaatiossa tapahtuviin muutoksiin ja uusiin työmuotoihin on este kehittämistyölle ja henkilökunnan sitoutumiselle (Romppanen & Kallasvuo 2011, 110–120; Viitala, 2004, 186–203).

Pitkäaikaishoidon työntekijöitä koskevissa tutkimuksissa on tunnistettu, että johtamisen merkitys henkilöstön työhyvinvointiin ja osaamisen hyödyntämiseen on avainasemassa. Nämä tekijät vaikuttavat henkilökunnan asenteisiin ja sitoutumiseen sekä asiakastyön että organisaation palvelutehtävän näkökulmista. (Pekkarinen 2007, 49–57; Pekkarinen ym. 2004, 47–49; Sinervo 2000, 63–72; 2007 48–49.) Omavalvontasuunnitelman hyöty kohdeorganisaation henkilökunnan sitouttamisen ja perehdyttämisen tukena mahdollisesti helpottaa henkilöstön ja sijaisten rekrytointia. Tulevaisuudessa kuitenkin tilanne voi olla se, että päteviä hoitotyöntekijöitä ei ole työmarkkinoilla, sillä jo nyt sijaisuuksiin on hankala saada valmistuneita hoitotyöntekijöitä. Omavalvonnan merkitys siinä, että perustehtävä ja työn tavoitteet ovat organisaatiossa selkeät lisäävät henkilökunnan sitoutumista, koska turhat työvaiheet ja epätie-toisuus työn tavoitteista vähenevät. Näin ollen hyvin toteutetulla omavalvonnalla voidaan saada myös sijaisia sitoutumaan pidempiin sijaisuuksiin.

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että ympärivuorokautisen hoidon hoitoyksikössä toimintaa voidaan kehittää selkeyttämällä asiakaslähtöisyyden näkymistä kaikessa toiminnassa osallistamalla yhteisen asian puolesta sekä johtoa että henkilökuntaa. Näin on arvioitu myös Antilan (2012) tutkimuksessa, jossa kuvattuun organisaation kehittämispääoman rakentumiseen vaikuttavat sitoutunut johto, koko henkilöstön välinen yhteistyö ja perustehtävän hyvä tuntemus (Antila 2012, 157–158, 172–173).



Vahvuutena tässä opinnäytetyössä on omavalvontasuunnitelman laadinnan ajankohtaisuus sekä työelämän kehittämishankkeen yhdistäminen osaksi valvontaviranomaisen velvoittamaa toimintaa. Omavalvontasuunnitelma olisi voitu laatia organisaatiossa ilman henkilökunnan ja asiakkaiden osallistumista, jolloin siinä olisi luultavasti painottunut Valviran määräykset ja laadunhallinnan merkitys olisi voinut jäädä irralliseksi. Omavalvontasuunnitelman käyttöönoton jälkeen sen toimivuutta ja käyttöä organisaation arjessa voi vasta kunnolla arvioida, vaikka sen laadinta toteutuikin käyttäjälähtöisesti. Kohdeorganisaatiossa käyttäjälähtöistä työskentelytapaa hyödynnetään varmasti jatkossakin, sillä tässä kehittämistyön mallissa on selkeä vastuunjako ja koko henkilökunnan osallistuminen ja vaikuttaminen on mahdollista, mutta myös vapaaehtoista. Omavalvonnan merkityksen selkiytyminen osana organisaation laadunhallintaa on myös tämän opinnäytetyön vahvuus.

Opinnäytetyössä on lähestytty omavalvontaa ja omavalvontasuunnitelman laadintaa perehtymällä ikääntyneiden palvelujärjestelmään, valvontamenetelmiin ja ympärivuorokautisen hoidon laatuun eri tieteenalojen näkökulmasta. Monialainen näkökulma tekee opinnäytetyön raportista hajanaisen, mikä on opinnäytetyön heikkous. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta monipuolinen näkökulma on kuitenkin perusteltu.

Omavalvontasuunnitelman laadinnan ajankohtaisuus antaa paljon aihetta jatkotutkimukselle. Ennen kaikkea omavalvontasuunnitelman merkitys hoidon laadulle asiakkaan, hoitotyön ja johtamisen näkökulmista olisi mielenkiintoista saada tietää suunnitelman käyttöönoton jälkeen pitkällä aikavälillä. Omavalvontasuunnitelman merkitys Valviran sille asettamien tavoitteiden valossa ja omavalvonnan merkitys valvontamenettelynä tulisi selvittää, jotta saataisiin tietää, mikä merkitys omavalvonnalla on suhteessa raskaiden valvontamenettelyjen kuten kanteluiden määrään ja myös kuntien valvontavastuun toteutumiseen.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon rakenne hakee vielä paikkaansa palvelujärjestelmässä. Omavalvonnan merkitys ympärivuorokautiselle hoidolle asetettuihin

suosituksiin nähden tulisi tutkia, jotta sen hyötyä voitaisiin arvioida hoidon tarvevastaavuuden ja palvelun omavaraisuuden näkökulmista. Tilaus ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden jatkohoidon ohjeistuksesta on ilmeinen, sillä sitä ei ole kattavasti tutkittu. Tutkimus hoitoyksiköiden toiminnasta asiakkaiden voinnin akuutisti huonontuessa voitaisiin tulevaisuudessa tehdä hyödyntämällä tutkimusaineistona palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmia.

Valvonnan merkityksen näkeminen kehittämisenä ja tukena palvelun toteuttamiselle on tärkeää valvontaan liitettyjen kontrolli- ja velvoitenäkökulmien ohella. Omavalvontasuunnitelmien laadinta voi lisätä yhteistyötä palveluntuottajien ja valvontaviranomaisten välillä, sillä palveluntuottajien oma vastuu toiminnan asianmukaisuudesta kasvaa ja valvontaviranomaisilta voi saada tukea omavalvontaan. Edesauttaako yksityisten ja järjestöpohjaisten palveluntuottajien omavalvonta kunnan vastuulla olevaa valvontaa riippuu varmasti paljon siitä, miten palveluntuottajat sitoutuvat omavalvontaan. Aika näyttää tuleeko omavalvontasuunnitelman laadinta pakolliseksi myös kuntien omille hoitoyksiköille ja onko omavalvonta näin ollen iso askel kohti tasapuolista ja oikeudenmukaista ikääntyneiden palvelujärjestelmää.

Opinnäytetyön pohjalta herääkin kysymys voidaanko omavalvonnalla valvontamennettelynä turvata ympärivuorokautisen hoidon asiakkaille tasapuolinen, riittävä ja hyvä hoito. Onko ylipäättään mahdollista valvoa ikääntyneiden ja fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti hauraiden asiakkaiden kohtaamisen inhimillisyyttä ja oikeudenmukaisuutta? Gerontologinen hoitotyö on ikääntyneen ihmisen kohtaamista vuorovaikutuksessa. Yksittäisen hoitotyöntekijän kiinnostus ja innostus ikääntyneen kohtaamiseen luo puitteet hyvälle hoitamiselle, asiakkaan tarvevastaavuuden toteutumiselle ja oman työn omavalvonnalle. Hoitotyön arvostus ja vetovoima sen tekemiseen lähtee hoitotyöntekijöistä itsestään, jos taloudelliset ja aineelliset resurssit ovat riittävät.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteenvedona tämän opinnäytetyön laadintaprosessista voidaan todeta johtopäätöksinä, että *omavalvontasuunnitelma ohjaa organisaatiossa asiakaslähtöisyyden toteutumista ja asiakkaan äänen kuulumista koko palvelukokonaisuudessa*. Asiakaslähtöisyys korostui laadintaprosessin kaikissa vaiheissa. Kirjoittamisvaiheessa asiakkaan näkökulmaa painotettiin. Asiakkaiden näkemykset ja kommentit vaikuttivat omavalvontasuunnitelmaan laadintaan. Yhteispalavereissa asiakaslähtöisyys nähtiin eri ammattiryhmien toiminnan lähtökohtana.

*Omavalvontasuunnitelma on työntekijöiden ja esimiesten työkalu yhtenäisten toimintatapojen selkiyttämistä varten*. Omavalvontasuunnitelma kiinnittää organisaation toiminta-ajatuksen arjen hoitotyöhön ja sitouttaa esimiehiä kehittämään toimintaa kuvattujen seurantakäytäntöjen pohjalta. Arvoperustan ja tehtäväkuvien selkiytyminen lisää työntekijöiden sitoutumista ja eri ammattiryhmien välistä koheesiota. Omavalvontasuunnitelman sovellettavuus perehdyttämisessä ja toiminnan kuvauksen asiakirjana on merkittävä. Omavalvontasuunnitelman tavoitteet on kuvattu selkeästi ja ne antavat esimiehille sekä työntekijöille tukea kohdistaa resurssit oikeisiin asioihin oikeaan aikaan.

*Omavalvontasuunnitelman käyttäjälähtöinen ja eri organisaation tasoja osallistava laadintaprosessi edesauttaa omavalvonnan merkityksen näkemistä kiinteänä osana laadunhallintaa*. Ammattiryhmien väliset erilaiset vastuualueet ja vaatimukset tulivat esille sekä yksittäisen työntekijän panos osana laadunhallintaa kirkastui. Omavalvonnan avulla hoidolle ja palvelulle asetetut tavoitteet noudattelevat valtakunnallisia linjauksia ja laatusuosituksia. Tavoitteen ja veloitteen olemassaolo nähdään mittarina, jonka avulla toimintaa voidaan arvioida ja kehittää nk. Demingin ympyrän antaman mallin mukaisesti. Tätä näkemystä voidaan hyödyntää myös muissa hoitoyksiköissä ja palvelujen järjestämisessä yleensä. Omavalvontasuunnitelman tavoitteisiin peilaava hoitotyö lisää yksittäisen työntekijän pystyvyyden ja osaamisen tunnetta, joka on edellytys organisaation omaehtoiselle kehittämistyölle.

## LÄHTEET

- Aaltonen, E. 2006. Sosiaalipalvelutko oikeudellistuneet – lääninhallituksen näkökulma palvelujen oikeudenmukaiseen kohdentumiseen. Teoksessa Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toim. J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila ja I. Keskimäki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Helsinki: Edita Prima Oy. 80– 84. Viitattu 19.2.2012. [Http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Teperi\\_ym\\_Riittavat\\_palvelut\\_jokaiselle\\_2006.pdf#page=76](http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Teperi_ym_Riittavat_palvelut_jokaiselle_2006.pdf#page=76).
- Aaltonen, M., Forma, L., Rissanen, P., Raitanen, J. & Jylhä, M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing* 7, 91–100. Viitattu 5.3.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Väitöskirja. Acta Universitas Tampereensis 1421. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print Oy.
- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Raportteja 14/2007. Helsinki: Valopaino Oy.
- Antila, M. 2012. Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu. Väitöskirja. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Akatiimi Oy. Tampere: Juvenes Print.
- Bergland, Å. & Kirkevold, M. 2008. The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1295–1302. Viitattu 28.2.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Beer, C., Horner, B., Almeida, O., Scherer, S., Lautenschlager, N., Bretland, N., Flett, P., Schaper, F. & Flicker, L. 2009. Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities. *BMC Geriatrics* 9, 36. Viitattu 28.2.2012. [Http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/36](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/36).
- Ekroos, V. 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskus – yksityisesti vai julkisesti. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. 2001. Daily Pain in Institutional Long-term Care. A Study of Observational Pain Using Minimum Data Set 1.0. University of Helsinki, Department of Medicine. Academic Dissertation. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Research report 120. Saarijärvi: Gummerus Printing.

Finne-Soveri, H. 2005. Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Toim. A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren ja P. Vähäkangas. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 64–115.

Finne-Soveri, H. 2010. Ikäntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa Geriatria. Toim. A. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava ja M. Viitanen. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 76–86.

Finne-Soveri, H. 2011. Riippuuko asukkaan toimintakyvyn heikkeneminen asumispalvelun tuottajan tyypistä tai rahoituspohjasta? Teoksessa Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Toim. T. Sinervo ja H. Taimio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Raportti 9/2011. Helsinki: Unigrafia Oy Yliopistopaino. 37–54.

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. 2005. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Toim. A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren ja P. Vähäkangas. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 22–26.

Finne-Soveri, H. & Nurme, P. 2007. Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteeriehtotus Porvoossa. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus Stakes. Stakesin Työpapereita 28/2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Grönroos, C. 2003. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hakonen, S. 2008a. Palveluprofiili muuttunut. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi – sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Toim. A. Suomi ja S. Hakonen. PS- kustannus. Juva: WS Bookwell Oy. 96–103.

Hakonen, S. 2008b. Palvelurakenteet remontoitu. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi – sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Toim. A. Suomi ja S. Hakonen. PS- kustannus. Juva: WS Bookwell Oy. 93–95.

Hartikainen, A. 2006. Arjen moniäänisyys hankkeista kirjoittamisen haasteena. Teoksessa Hankkeesta julkaisuksi. Kirjoittaminen ammattikorkeakoulun ja työelämän kehityshankkeissa. Toim. L. Vanhanen-Nuutinen ja P. Lambert. Helsinki: Edita Prima Oy. 181–193.

Heikkinen, R-L. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 449–457.

Heimonen, S., Sarvimäki A. & Suni A. 2010. Hoitaja haavoittuvuuden kohtaajana. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Toim. A. Sarvimäki, S. Heimonen ja A. Mäki-Petäjä-Leinonen. Helsinki: Edita Prima. 156–180

Holma, T. 2003. Laatusuunnan arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Jylhä, M., Forma, L., Aaltonen, M., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Toim. U. Ashorn ja J. Lehto. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 116–128.

Karvinen, E. 2008. Liikunta osana iäkkäiden kotihoitoa, palveluasumista ja pitkäaikaishoitoa. Teoksessa Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Toim. R. Leinonen ja E. Havas. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212. Jyväskylä: PunaMusta Oy. 68–78.

Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2005. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Raportteja 288. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki: Yliopistopaino.

Klemola, A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet. Kuopio: Kopijyvä.

Komulainen, M. 2010. Ulkoistaminen kunnissa. Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisten palvelujen tuottamismuotona. Tampereen yliopisto, kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta, oikeustieteiden laitos. Väitöskirja. Kuntaliitto Acta- sarja 222. Helsinki: Kuntatalon paino.

Kuntaliitto. 2008. Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Painotalo Miktor Oy.

Kuokkanen, L., Leino, H. & Roine, E. 2006. Laadun kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkiva Hoitotyö 4, 4, 25–33.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

L 9.2.1990/152. Laki yksityisestä terveydenhuollosta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.3.1995/365. Kuntalaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 9.8.1996/683. Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 11.6.1999/731. Perustuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 29.4.2005/272. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.3.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 24.7.2009/569. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 3.3.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 22.7.2011/922. Laki yksityisistä sosiaalipalveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2012. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Sosiaali- terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Talentum. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Lehtoranta, H. & Rytsölä T-M. 2007. Potilasturvallisuus. Teoksessa Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 19/2007. Helsinki: Valopaino Oy. 15.

Mauch, P. D. 2010. Quality Management. Theory and Application. Taylor & Francis Group: CRC Press.

Molander, G. 2002. Osastonhoitajana oleminen, tätä se nykyään on. Teoksessa Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Toim. G. Molander ja L. Multanen. Työterveyslaitos Helsinki. Vammalan kirjapaino Oy. 56–71.

Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä S. & Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:31/2001. Turun yliopisto: Digipaino.

Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mukkila, S. Hertto, P. & Luoma M-L. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. Care Keys–projekti/ Helsinki–tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2. Viitattu 22.2.2012.  
[Http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/8d908c004a176e2694ddfc3d8d1d4668/2\\_ck\\_raportti.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-1980525792](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/8d908c004a176e2694ddfc3d8d1d4668/2_ck_raportti.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-1980525792).

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2003. Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Helsingin yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-Sarja N:o 241. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Ammattihenkilöstö ja haavoittuva vanhus. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Toim. A. Sarvimäki, S. Heimonen ja A. Mäki- Petäjä- Leinonen. Helsinki: Edita Prima. 233–246.

Möttönen, S. 2009. Ovatko järjestöt hyvinvointivaltion purkajia vai puolustajia? Yhteiskuntapolitiikka 74, 1, 60–71. Viitattu 25.2.2012.  
[Http://www.stakes.fi/yp/2009/1/mottonen.pdf](http://www.stakes.fi/yp/2009/1/mottonen.pdf).

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17, 3, 131–144.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy.

Paasivaara, L. 2006. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Vanhuksen äänen kuuleminen. Toim. H. Kankare ja H. Lintula. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 19–34.

Paasivaara, L., Nikkilä, J. & Voutilainen, P. 2002. Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava ja H. Finne-Soveri. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 49–56.



Parviainen J. 2009. Poliittinen johtajuus ja tunneilmastonmuutos. Yhteiskuntapolitiikka 74, 2, 207–213. Viitattu 5.3.2012.  
[Http://www.stakes.fi/yp/2009/2/parviainen.pdf](http://www.stakes.fi/yp/2009/2/parviainen.pdf).

Peiponen, A. 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatukriteerit. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2004:2. Viitattu 31.3.2012.  
[Http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/a1d489004a176e2694e8fc3d8d1d4668/peiponen.pdf](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/a1d489004a176e2694e8fc3d8d1d4668/peiponen.pdf).

Pekkarinen, L. 2007. The Relationships Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Academic Dissertation. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Research Report 171. Vaajakoski: Gummerus Printing.

Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Aiheita 11/2004. Helsinki: Stakesin monistamo.

Pieper, R. Frommelt, M., Heislbetz, C. & Vaarama, M. 2008. Quality Management in Long-Term Care. Teoksessa Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Eds. M. Vaarama, R. Pieper and A. Sixsmith. New York: Springer. 125–150.

Pieper, R. & Vaarama, M. 2008. The Concept of Care-Related Quality of Life. Teoksessa Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Eds. M. Vaarama, R. Pieper and A. Sixsmith. New York: Springer. 65–101.

Reddy, M., Gill, S.S. & Rochon P.A. 2006. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA 296, 8, 974–984. Viitattu 5.3.2012.  
[Http://www.intmed.aubmc.org.lb/downloads/geriatrics/geriatrics%20III-1.pdf](http://www.intmed.aubmc.org.lb/downloads/geriatrics/geriatrics%20III-1.pdf).

Romppanen, B. & Kallasvuori, A. 2011. Johtajuuden rakentuminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen merkitys sille. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Acta Universitatis Lappeensis 210. Tampere: Juvenes Print.

Saks, K., Tiit, E-M., Muurinen, S., Munkkila, S., Frommelt, M. & Hammond, M. 2008. Quality of Life in Institutional Care. Teoksessa Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Eds. M. Vaarama, R. Pieper and A. Sixsmith. New York: Springer. 196–216.

Sarvimäki A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Toim. A. Sarvimäki, S. Heimonen ja A. Mäki- Petäjä- Leinonen. Helsinki: Edita Prima. 14–32.

Sinervo, T. 2000. Work in Care for the Elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Academic Dissertation. University of Helsinki, Faculty of Social Sciences, Department of Social Psychology. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Stakes. Research Report 109. Saarijärvi: Gummerus printing.

Sinervo, T. 2007. Työhyvinvointi. Teoksessa Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 19/2007. Helsinki: Valopaino Oy. 48–49.

Soini, H., Muurinen, S., Sandelin, E., Suominen, M. & Pitkälä, K. 2007. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusasiakkaiden ravitsemussuositukset Helsingissä. Gerontologia 4, 5, 329–334.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 23.1.2012. [Http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1063089#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1063089#fi).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009- 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 8.4.2012. [Http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen hallinnonala. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2011:1. Viitattu 2.2.2012. [Http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2842823&name=DLFE-17409.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2842823&name=DLFE-17409.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Ohjausryhmän muistio: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Raportteja ja muistioita 2012:x. Viitattu 20.4.2012. [Http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf).

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet. 2012. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Valvontaohjelmia 2:2012. Viitattu 11.2.2012. [Http://www.valvira.fi/files/Sosiaalihuollon\\_valvonnan\\_periaatteet.pdf](http://www.valvira.fi/files/Sosiaalihuollon_valvonnan_periaatteet.pdf).

SVT 2007a. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Suomen virallinen tilasto (SVT) Sosiaaliturva 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki: Yliopistopaino.

SVT 2007b. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004. Suomen virallinen tilasto (SVT) Sosiaaliturva 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki: Yliopistopaino.

SVT 2010. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010. Suomen virallinen tilasto (SVT) Sosiaaliturva 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Viitattu 14.3.2012. [Http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr26\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr26_11.pdf).

Syrjä, V. 2010. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 35/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Tampereen kaupunki 2011. Ikäihmisten tehostettu palveluasuminen. Ehdottomat laatuvaatimukset.

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste. Viitattu 18.3.2012. [Http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn.fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn.fi.asp).

Tilvis, R. 2010. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Geriatria. Toim. A. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava ja M. Viitanen. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 63–71.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tolonen, E. & Rissanen, S. 2011. Sosiaalipalvelujen valvonta kansainvälisesti – vertailussa Englanti, Ruotsi ja Tanska. HYVIX- hanke. Itä- Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Viitattu 19.2.2012. [Http://doc.uef.fi](http://doc.uef.fi).

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen O. & Eloniemi-Sulkava U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Tutkimuksia 162. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi- Sulkava ja H. Finne-Soveri. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 11–18.

Valtionvarainministeriö. 2011. Aluehallintovirastojen strategia-asiakirja 2012–2015. Valtionvarainministeriön julkaisuja 33a/2011. Viitattu 3.2.2012. [Http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/04\\_hallinnon\\_kehittaminen/20110920Alueha/AVIen\\_strategia.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20110920Alueha/AVIen_strategia.pdf).

Valvira. 2011. Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman laatimista, sisältöä ja seuranta koskevat määräykset. Määräysluonnos Dnro 7754/03.03/2011. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja hallintovirasto Valvira. Viitattu 15.2.2012.

[Http://www.valvira.fi/files/Omavalvonta\\_maaraysluonnos%2029\\_12\\_2011.pdf](http://www.valvira.fi/files/Omavalvonta_maaraysluonnos%2029_12_2011.pdf).

Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta. 2011. Valviran kysely palvelua tuottaville yksiköille maaliskuussa 2011. Selvityksiä 2:2011. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja hallintovirasto Valvira. Viitattu 31.3.2012.

[Http://www.valvira.fi/files/Selvityksia\\_2\\_2011.pdf](http://www.valvira.fi/files/Selvityksia_2_2011.pdf).

Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma vuodelle 2010. 2010. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira & Aluehallintovirasto. Viitattu 31.3.2012.

[Http://www.valvira.fi/files/tiedostot/t/o/toimeenpano-ohjelma%2028052010.doc](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/t/o/toimeenpano-ohjelma%2028052010.doc).

Vesterinen, P-L. 2011. Luottamusjohtamisella kohti hyvinvointia ja parasta tulosta. Teoksessa Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Toim. P. Juuti. Vantaa: Hansa-print. 110–122.

Viitala, R. 2004. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Vaasan yliopisto, liiketaloustiede. Väitöskirja. Acta Wasaensia No 109. Liiketaloustiede 44. Johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopisto – University of Vaasa: Publications Unit.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2010a. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Muistisairauksien Käypä hoito suositus. Viitattu 18.2.2012.

[Http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nix01676](http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nix01676).

Voutilainen, P. 2010b. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOYpro Oy. 109–122.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Ikäihmisten laitoshoido. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava ja H. Finne-Soveri. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 115–121.

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences 18/1/72–81. Viitattu 28.2.2012.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOYpro Oy. 12–26.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava ja H. Finne-Soveri. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 38–39.

Øvretveit, J. 1998. Evaluating Health Interventions. Buckingham: Open University Press.

## LIITTEET

LIITE 1. Palveluasumisen omaevalvontasuunnitelma (Luottamuksellinen)

**ESITYS OMAVALVONTASUUNNITELMAKSI**

**LÄHETETTY TOIMINNAN JOHTAJALLE JA HALLITUKSELLE VAHVISTETTAVAKSI**

**2.5.2012**



## **PALVELUASUMISEN OMAVALVONTASUUNNITELMA**

**Toukokuu 2012**

## SISÄLTÖ

1 KESKEISET KÄSITTEET	2
2 OMAVALVONNAN TOTEUTTAMINEN	4
2.1 Palvelujen tuottajaa koskevat tiedot	4
2.2 Toiminta- ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	4
2.3 Omavalvonnan organisointi, johtaminen ja vastuuhenkilöt	6
2.4 Henkilöstön osallistuminen ja perehdyttäminen	8
2.5 Asiakkaan ja omaisten osallistuminen	9
2.6 Riskien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet	10
3 PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA	12
3.1 Henkilöstö	12
3.2 Toimitilat	14
3.3 Laitteet ja tarvikkeet	15
3.4 Asiakasturvallisuus	15
3.5 Asiakkaan asema ja oikeudet	16
3.5.1 Palvelu- ja hoitosuunnitelma ja väliarvio	16
3.5.2 Asiakkaan kohtelu ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	18
3.6 Asiakastyön sisältö	19
3.6.1 Hyvinvointia tukeva palvelu	19
3.6.2 Ravitsemus	20
3.6.3 Ulkoilu, liikunta ja viriketoiminta	21
3.6.4 Hygieniakäytännöt	22
3.6.5 Sairaushoito	23
3.6.6 Lääkehoito	25
3.7 Asiakastietojen käsittely	25
4 OMAVALVONNAN ASIAKIRJAT JA TOIMINTAOHJEET	27
5 OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA	28
LIITTEET	29
LIITE 1 Lahdensivun kodin palaverikäytännöt	29
LIITE 2 Lahdensivun kodin vastuuhenkilöt	30

